

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 25 mai 1850,

Par JACQUES-PIERRE BOTREL,

né à Pleudihen (Côtes-du-Nord),

ancien Interne de l'hôtel-Dieu de Rennes,
Lauréat de l'École de Médecine de Rennes,
Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
ancien Élève de l'École pratique,
Membre de la Société Anatomique,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (Prix Montyon).

DE LA CHORÉE,

CONSIDÉRÉE

COMME AFFECTION RHUMATISMALE.

D'UNE OPÉRATION NOUVELLE DIRIGÉE CONTRE LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1850

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.

	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET, Examinateur.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	....
	GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	CHOMEL.
	BOUILLAUD.
	ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX.
	CLOQUET.
	VELPEAU.
	LAUGIER, Président.
Clinique d'accouchements	DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL, Examinateur.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN, Examinateur.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

A MA SOEUR.

Amour et reconnaissance!

A LA MÉMOIRE

DE MON ONCLE BOTREL.

Regrets!...

Je prie MM. Laugier, Requin, Baudelocque, Malgaigne, Roux, Bouley, Gosselin, Gueneau de Mussy, Chassaignac, Cullerier, Rochoux, Trélat, et Vidal, mes maîtres dans les hôpitaux de Paris, et MM. les Professeurs de l'École de médecine de Rennes, de vouloir bien agréer mes remercîments pour les utiles et savants conseils dont ils m'ont honoré.

Que M. Nélaton reçoive ici l'expression toute spéciale de ma reconnaissance pour la bienvaillance et les témoignages de confiance qu'il a bien voulu m'accorder.

DE

LA CHORÉE,

CONSIDÉRÉE

COMME AFFECTION RHUMATISMALE.

Cette première partie de ma thèse est la reproduction des idées émises dans un mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Paris en 1849 (prix Montyon).

Nous ne leur disons pas croyez, mais voyez.
(LAMENNAIS.)

« Après avoir parcouru tant d'ouvrages publiés sur la chorée ou danse de Saint-Guy, il résulte de cette recherche un sentiment pénible; c'est la conviction intime que les travaux des savants médecins qui s'en sont occupés n'ont pas eu un résultat uniforme sur la nature de cette maladie, sur le caractère de ses symptômes pathognomoniques. De cette versatilité sur sa cause constitutionnelle, naît cette confusion révoltante de remèdes différents qu'ils proposent pour sa guérison ; de telle manière qu'on peut regarder la collection des faits concernant cette maladie, épars dans une foule d'observations, et le caractère des remèdes nombreux qui y sont indiqués, comme un amas confus et embarrassant de matériaux bruts dont l'artiste ne peut faire l'emploi auquel il les destine. » Depuis

l'époque où Bouteille écrivait ces lignes, empreintes d'une vérité incontestable, la physionomie descriptive de la chorée n'a pas subi une métamorphose suffisante pour infirmer complétement le jugement émis par cet auteur il y a quarante ans environ. Les travaux modernes, dont je ne puis ni ne veux méconnaître l'importance et la valeur, ont sans doute éclairé certains points de l'histoire de cette maladie : c'est ainsi que la symptomatologie a passé par les perfectionnements les plus heureux sous la plume de divers auteurs, à la tête desquels il faut placer M. Dufossé, qui, dans sa thèse inaugurale, 1836, en a tracé un tableau-modèle.

Cet hommage une fois rendu, on doit reconnaître que le reste n'a subi aucune modification importante ou radicale; il y règne toujours l'incertitude, la confusion et la contradiction; il n'est pas même jusqu'au diagnostic qui ne soit encore diversement formulé. Il reste donc beaucoup à faire, bien des lacunes à remplir.

Loin de moi la prétention d'arriver à ce but; mais j'ai cherché, et j'espère être arrivé à faire connaître ce qu'est réellement la chorée, quelle est son étiologie, sa nature, et par conséquent quelle doit être *a priori* la base du traitement rationnel qui lui convient; car si quelquefois la cure des maladies en a démontré la nature, cependant c'est bien plutôt sur la connaissance de celle-ci que doit être basé leur traitement.

Et d'abord je désire, pour l'intelligence complète de cette dissertation, et surtout pour éviter les fausses interprétations des conclusions qui seront déduites plus bas, bien fixer les idées sur ce qu'on doit entendre par *chorée* ou *danse de Saint-Guy*, tracer ses limites, et la distinguer de tout ce qui s'en rapproche d'une manière plus ou moins directe. C'est là, il me semble, une condition nécessaire pour que la vérité puisse se faire jour. Au lieu de me borner à une définition classique et bien arrondie, j'ai besoin, pour arriver plus sûrement à mon but, de recourir à l'énumération et à l'appréciation des principaux phénomènes de la danse de Saint-Guy, d'examiner ses caractères différentiels et les rapports quelconques qui existent

entre elle et certains états morbides ou certains symptômes qu'on a parfois confondus avec elle.

§ Ier. DÉFINITION, CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS. — On doit entendre par *chorée* une affection quelquefois fébrile, le plus souvent apyrétique, non contagieuse, caractérisée principalement par des mouvements partiels ou généraux, non coordonnés, d'une irrégularité parfaite, et s'accompagnant d'une faiblesse évidente dans la contraction musculaire des parties atteintes (je devrais ajouter : née sous l'influence de la cause rhumatismale, ce que j'espère démontrer chemin faisant). Ces mouvements sont involontaires, ou plutôt sont composés de deux séries (Dufossé) : la première renferme la combinaison des mouvements involontaires avec les mouvements volontaires, dont les muscles malades ne sont pas complétement privés : dans la seconde, se rangent les mouvements purement involontaires, qui, outre l'irrégularité, offrent, pour principal caractère, de ne pas cesser, malgré la compression des muscles. C'est la réunion de ces deux espèces de mouvement qui donne aux malades une tournure et une physionomie si singulières et si caractéristiques. Très-rarement il peut s'ajouter à ces phénomènes fondamentaux quelques mouvements convulsifs, comme j'en ai observé un cas chez un garçon atteint de chorée avec arthrites rhumatismales, et à l'autopsie duquel on trouva une suffusion sanguine dans les méninges et le canal rachidiens. Les mouvements choréiques se distinguent très-nettement des tremblements nerveux, alcoolique, mercuriel, etc. Ainsi le tremblement fait osciller les parties affectées, c'est-à-dire que celles-ci subissent un mouvement de va-et-vient en deux sens diamétralement opposés, s'écartant, de la même distance, d'un point intermédiaire ; tandis que, dans la chorée, les mouvements déplacent les parties sans retour nécessaire à la position première. Ils se font par saccades et suivant des lignes dont la direction et les longueurs n'ont entre elles aucun rapport appréciable ; de plus, dans le premier cas, les doigts sont inaptes à retenir un corps et à le

serrer avec une pression uniforme, et, les parties malades bien soutenues, le tremblement diminue ou cesse tout à fait ; au contraire, dans le deuxième cas, les doigts sont inhabiles à saisir, et, s'ils peuvent presser un corps quelques instants, le serrement qu'ils exercent sur lui est un composé d'une suite de constrictions très-inégales en force ; appuyé ou non, le membre frappé de chorée est presque aussi agité. Aussi n'aurais-je pas insisté sur les différences que présentent ces deux phénomènes, si je n'avais rencontré, dans certains ouvrages ou recueils périodiques, certains tremblements décrits sous les dénominations de *chorée mercurielle, chorée alcoolique*, etc. C'est là évidemment faire un étrange abus des mots, et par cela même exposer la science à des confusions dont il faut la défendre. M. le professeur Trousseau (*Journal de médecine*, 1843) a sans doute eu cette idée ; car après avoir employé ces expressions impropres, il se hâte d'ajouter que ce sont de fausses chorées.

En poussant plus loin l'observation et l'analyse de divers auteurs, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils ont décrit tantôt sous le nom de *chorée*, tantôt sous celui de *chorée deutéropathique*, ou bien de *pseudochorée*, des affections ou plutôt des symptômes qui sont sous la dépendance d'une maladie antérieure et dont ils ne constituent souvent qu'un épiphénomène. Cette confusion n'a jamais été portée plus loin que par Bouteille lui-même ; plus d'une fois, il a été malheureux lorsqu'il s'est agi de ranger dans un des trois cadres de sa monographie les faits soumis à son appréciation : ainsi certains cas qui, dans son langage, devraient s'appeler *chorées essentielles*, se trouvent relégués parmi les deux derniers groupes, et relativement à ceux-ci, souvent on ne voit trop quels sont les motifs qui les ont fait créer. Quoi qu'il en soit, ces observations rapportées sous les noms de *chorée apoplectique, épileptique, hystérique, maniaque*, parfois *céphalalgique*, celles dues à une plaie de tête, à la suppression d'un flux sanguin, etc., ne sont rien moins que des chorées vraies ; elles en sont très-distinctes, et doivent en être soigneusement séparées. Cette aberration de la contraction musculaire ne constitue pas

plus une espèce morbide à part, que l'engorgement du poumon dans la fièvre typhoïde, par exemple, l'hémorrhagie dans la variole grave, ne constituent une pneumonie vraie, une hémorrhagie essentielle, pas plus que certains phénomènes épileptiformes, après les lésions du crâne, ne constituent une épilepsie véritable. Cette distinction est de la plus haute importance au point de vue nosologique et thérapeutique surtout. Appliquez, en effet, certaines médications de la danse de Saint-Guy à ces états morbides tout spéciaux, comme à ceux dus à une apoplexie ou à la disparition d'un flux (Bouteille, p. 206), et vous n'obtiendrez aucun résultat, trop heureux même si vous n'êtes pas nuisible aux malades! *Natura morborum curationem ostendit.* A ces faits, que je range dans une catégorie à part et dont je n'ai point à m'occuper ici, viennent s'en joindre encore quelques autres, relatifs le plus souvent à des enfants affectés, à peu près depuis leur naissance ou leur plus bas âge, de mouvements choréiformes coïncidant soit avec une paralysie, soit avec l'idiotisme, soit avec une déviation de la colonne vertébrale, etc. D'ailleurs, outre la spécialité de leur origine, ces aberrations choréiformes offrent encore des caractères distinctifs qui échappent difficilement à l'examen. Je n'en veux citer pour exemple que l'observation, résumée par J. Frank, d'un soldat polonais de l'armée de Napoléon, qui, pendant la campagne de France, en 1814, reçut une balle vers les premières vertèbres dorsales. Il entre à l'hôpital de Wilna le 2 avril. Les muscles de la nuque portent fréquemment et avec une grande force l'occiput sur le dos, semblent l'y fixer, et tournent la tête un peu à droite. Pendant que le corps est ainsi agité, le bras, entièrement étendu dans la supination, est chassé du tronc avec une telle force que le malade est obligé de s'appuyer sur le lit ou sur la table, puis il est de nouveau appliqué, d'une manière étroite, sur le tronc. (Art. *Chorée,* t. 3.)

Je ne puis être aussi absolu en ce qui concerne certains tics ou mouvements irréguliers, bornés à une partie très-limitée du corps.

et que parfois on est tenté d'assimiler aux chorées partielles, d'autant mieux qu'ils peuvent reconnaître la même cause que la danse de Saint-Guy. J'ai observé, au mois de mars dernier (pension Coltier, rue Copeau), une des domestiques, jeune fille de dix-sept ans, atteinte depuis longues années d'un de ces tics choréiques à la figure; elle éprouvait de temps en temps des douleurs vagues, lorsqu'alors elle fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, dont elle est à peine convalescente aujourd'hui.

M. le professeur Laugier a eu également occasion de voir, en consultation avec M. Rayer, une affection semblable, qui fut jugée de nature rhumatismale et traitée par les douches de vapeurs.

Enfin la chorée épidémique du moyen âge apparaît avec une physionomie toute nouvelle et si distincte, qu'il me paraît impossible de n'y pas voir autre chose que la chorée actuelle. M. Hecker comprend sous cette dénomination générique, dans son mémoire, fort intéressant (Berlin, 1832), les danses de Saint-Jean et de Saint-Guy en Allemagne et en Belgique, celles des corybantes et des prêtres saliens, le tarentisme en Italie, le tigretier en Abyssinie, et jusqu'aux revivals des méthodistes en Angleterre et en Amérique, et les réunions du cimetière Saint-Médard à Paris, mélange bizarre de vérité et de fourberie, où la maladie doit trouver place, mais à côté de la superstition, et parfois même de l'immoralité. Oui, il faut, avec l'historien allemand, reconnaître l'existence de la souffrance morbide; mais au milieu d'un monde crédule et mystique, avide d'enchantements et de miracles, circonstances qui devaient nécessairement donner à la maladie, lorsqu'elle existait, une physionomie en rapport avec l'état des esprits au moyen âge. La dansomanie, diverses formes de l'aliénation mentale, l'hystérie, y sont reconnaissables; mais, je le répète, on ne peut, avec les documents historiques que nous possédons, établir de similitude entre les danses de cette époque et la chorée, telle qu'elle est connue de nos jours. D'ailleurs reportez-vous à certains détails qui nous ont été transmis relativement à la contagion et à l'imitation, aux causes de la dispa-

rition de cette prétendue chorée épidémique, et vous verrez qu'elles ne sont nullement applicables aujourd'hui. Ainsi croit-on que les progrès de la civilisation aient diminué le nombre des choréiques? Qui penserait maintenant à guérir cette maladie à l'aide des exorcismes, des bûchers, des arrêts des parlements ou des grandes guerres!... Mais je ne puis mieux faire, en terminant cette esquisse historique, que de rapporter textuellement les lignes qui commencent le mémoire de M. Hecker : «Les tristes résultats de la peste noire se faisaient encore sentir, les tombeaux des milliers de victimes qu'elle avait faites étaient à peine fermés, que tout à coup, en Allemagne, un singulier délire s'empara des esprits et entraina les hommes dans un cercle magique d'infernale superstition. C'était un transport, une extase qui, saisissant tout le corps, produisit, pendant plus de deux siècles, l'effroi des peuples, et qui depuis lors n'a plus reparu. Les malades faisaient des sauts semblables à ceux des Bacchantes, se démenaient, hurlaient, écumaient, présentaient, en un mot, l'aspect de maniaques.»

Maintenant que l'esprit est fixé sur ce qu'il faut entendre par danse de Saint-Guy, pénétrons au cœur de cette dissertation et cherchons à démontrer que cette maladie est rhumatismale. Dans ce but, je prouverai d'abord que le rhumatisme peut affecter les centres nerveux et leurs enveloppes; puis j'examinerai quelles sont les lésions de la chorée; j'essaierai d'en soumettre les causes à une critique judicieuse, ce qui me permettra d'en réduire quelques-unes à leur juste valeur: j'exposerai les divrses catégories de faits relatifs à la démonstration que je cherche; enfin, avant d'arriver aux conclusions de ce travail et comme devant y conduire naturellement, j'essayerai, par la comparaison de ces observations avec le rhumatisme, d'établir les rapports qui lient cette maladie à la chorée et la place qu'elles doivent occuper dans un cadre nosologique. Chemin faisant, j'aurai plus d'une occasion d'emprunter des citations à des auteurs recommandables et d'une haute expérience, dont l'autorité, en cette matière, ne sera pas contestée.

§ II. LE RHUMATISME PEUT AFFECTER LES CENTRES NERVEUX OU LEURS ENVELOPPES. — Les observations de rhumatisme des organes encéphalo-rachidiens ne sont pas communes, si l'on en croit la plupart des auteurs modernes; aussi, si l'on veut en rencontrer, est-ce moins à leurs ouvrages qu'il faut s'adresser, qu'à ceux du dernier siècle. Cependant il existe, et cette existence n'avait pas échappé au génie observateur de Stoll : « Nullum viscus est, quod non su-« binde rheumatismo vexatur » (Stoll, *Febris rheumatica*). Dans un autre endroit, il dit : « Vidimus hac hyeme juvenculam moribundam « ad nos allatam n° 54, cui dolor antea alicujus artus retrocessit ad « caput ; periit paulo post. »

Storck aussi rapporte deux exemples de cette métastase rhumatismale (tom. 1, page 111) : « Duo ex his remittente febre et tumore rhu-« matico de repente anxii fiebant, et aphoni, soporosi, et mox sublimè « respirarunt, nec potuerunt decumbere ; pulsus illico fuit parvus, tre-« mulus, in œqualis, facies livida, extrema frigida, et altero die mors « supervenit. Sectione anatomica in binis his cadaveribus reperieba-« tur copiosissima, flava, gelatinosa materies inter membranam pul-« mones ambientem. Talis materies valde copiosa quoque intra piam « matrem et cerebrum, at que cerebellum hœsit. — Etiam exterio-« res cerebri ventriculi simili gelatina pleni fuerunt. »

Ire OBSERVATION. — Bruet (Auguste), âgé de 25 ans, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Clément, le 15 février 1850, pour un rhumatisme articulaire aigu. Atteint depuis quatre à cinq jours dans les articulations des membres inférieurs, il offre, à son entrée, une fièvre intense, de la rougeur et de la tuméfaction autour des deux genoux, avec une douleur très-vive ; mais du reste aucun bruit anormal à l'auscultation du cœur. Une forte saignée amène un soulagement notable.

Le 17, une bouteille d'eau de Sedlitz, et le lendemain on commence l'administration du sulfate de quinine. Jusqu'au 25 le rhumatisme se promène sur la plupart des articulations sans jamais

donner lieu à des phénomènes graves; le malade se trouve dans un état qui ne semble devoir inspirer aucune crainte, lorsque tout à coup, à huit heures du soir, il se plaint de malaise, de gêne à la région précordiale. Cependant il ne survient pas une aggravation suffisante, pour que la sœur de veille juge nécessaire d'appeler l'interne de garde. Mais le 26, à trois heures du matin, la scène a bien changé; je constate l'état suivant : agitation, délire; mouvements convulsifs légers dans les muscles, surtout au visage, roideur des bras et de la tête, un peu renversée en arrière; plaintes et grognements presque continuels ; le malade se débat sans cesse contre l'infirmier, et veut quitter son lit.; impossibilité de fixer son intelligence ou de se faire comprendre, anxiété, jactitation, transpiration abondante, extrémités froides, plombées; figure décomposée pouls petit, filiforme, très-irrégulier; bruits du cœur profonds, tumultueux et difficiles à percevoir; respiration pure; l'arthrite des deux genoux existe encore parfaitement dessinée. — Large vésicatoire à la région précordiale, sinapismes aux pieds, glace sur la tête.

L'état du malade empire de plus en plus, et la mort arrive trois heures plus tard.

Autopsie le 27 février à neuf heures. — Les méninges encéphalo-rachidiennes sont fortement injectées, la pie-mère surtout; les veines très-dilatées; l'incision des membranes donne issue à une grande quantité d'un liquide sanguinolent, évidemment dû au mélange d'une exhalation sanguine et de la sérosité normale en plus grande abondance. Péricarde distendu par un liquide à peine roussâtre, sans fausses membranes; cœur gorgé de sang, ventricule et oreillette gauches offrant une injection vive de l'endocarde. Du reste, vascularisation des replis synoviaux dans les articulations du genou, abondance de synovie et issue d'un flocon fibrineux s'écrasant facilement sous le doigt.

M. Bouley, médecin du Bureau central, a observé un cas analogue, dans le service de Breschet, à l'Hôtel-Dieu, en 1838. Toutefois la

terminaison fut moins rapide, et l'autopsie révéla l'existence de fausses membranes et de pus dans les enveloppes du cerveau et de la moelle épinière. Le Dr Hutchinson a également rapporté des exemples de rhumatisme des méninges rachidiennes (*Gazette médicale*, 1839), offrant pour caractères essentiels, pendant la vie, l'hyperesthésie, la paralysie, et parfois des mouvements convulsifs et des contractures. Un seul des malades fut ouvert : « La quantité du liquide cérébro-spinal était tellement considérable, que les membranes se déchirèrent d'elles-mêmes, avant qu'on les eût ouvertes. »

Je pourrais encore citer l'observation d'Engenard, celle du Dr Leloutre, qui fut la triste victime de cette métastase ; mais je borne là ces citations, me réservant d'examiner plus tard la question de savoir, si le rhumatisme ne peut envahir d'emblée et de prime abord les organes importants, sur lesquels les métastases sont incontestables.

§ III. Lésions de la chorée. — L'étude des lésions de la chorée reste toute à faire, malgré la tendance des esprits modernes, malgré la direction imprimée aux études médicales depuis un demi-siècle environ. Cela tient peut-être moins au petit nombre de faits recueillis dans la science, qu'à la philosophie qui a présidé à leur observation et à leur appréciation. Au lieu d'accepter ces altérations d'organes telles qu'elles étaient révélées par le scalpel, et de les rattacher à une seule et même maladie qui les avait fait naître, on est allé, avec des idées préconçues, à la recherche d'une seule et unique lésion que l'on a cru devoir toujours être la même et bien localisée dans un point circonscrit des centres nerveux ; on a fait beaucoup de physiologie, peu de médecine ; aussi il en est résulté que, ne pouvant expliquer les troubles choréiques, vu l'absence d'un désordre matériel unique et nécessaire à l'explication, on s'est vu forcé de regarder comme non avenus les résultats de l'observation. Le point de départ était faux, il a conduit au scepticisme. Cependant les caractères anatomiques constatés sur les sujets morts à la suite de la

danse de Saint-Guy méritent à tous égards de fixer l'attention du médecin, car, rapprochés de la cause qui leur a donné naissance, ils peuvent singulièrement éclairer la nature de cette affection. Résumons donc les faits déjà connus, et ajoutons-y ceux qui nous sont propres.

M. Prichard a trouvé, dans trois cas, une injection des méninges et une quantité considérable du liquide arachnoïdien, et de plus, l'enfant qui fait le sujet de la 3e observation offrait une couche de lymphe coagulable sur l'un des côtés de la moelle (*Archives générales de médecine*, t. 8, 1825). M. Dufossé, dans un cas, M. Rufz (*Archives générales de médecine*, t. 4; 1834), dans cinq cas qu'il rapporte, ont démontré une vascularisation des membranes cérébro-spinale avec hypersécrétion; M. Barrier (*Traité des maladies de l'enfance*), une hyperémie de la pie-mère rachidienne; M. Trousseau (*Journal de médecine*, 1843), un cas avec injection, un autre (mort dans le service de M. Blache à Cochin), avec adhérence de la pie-mère à la surface du cerveau et suffusion sanguine autour de l'insula. MM. Rilliet et Barthez rapportent aussi deux exemples de distension des sinus par du sang, et un troisième avec ramollissement peu considérable de la moelle; Rœser (*Archives générales de médecine*, t. 20; 1829), un cas avec vascularisation de la pie-mère, hypersécrétion et trouble du liquide dans l'espace sous-arachnoïdien et dans les ventricules, coïncidant avec pleurésie et péricardite. Sœmmering, Frank, et M. Lélut, ont rencontré des fausses membranes autour du cerveau et dans ses enveloppes; Copland, cette même production dans les méninges rachidiennes d'un malade affecté de rhumatisme, de péricardite et de chorée (*London med. repository*, t. 15). M. Serres, dans quatre cas, une irritation vive des tubercules quadrijumeaux avec ou sans épanchement sanguin (*Revue médicale*, t. 3, 1827); M. Gendron (thèse 1835), une fois de l'injection avec adhérence de la pie-mère au cerveau et à la moelle, ramollissement de celle-ci à la base de la région cervicale; M. Courtois (thèse 1831), un ramollissement complet du cordon rachidien. Enfin M. Monod croit avoir rencontré l'hypertrophie de la substance corticale en-

céphalique unie à une rougeur qui frappa tous les assistants. Quelques cas, rares à la vérité, n'ont offert aucune altération appréciable.

J'ai pu moi-même assister à six autopsies de chorée ; les deux premières ne laissèrent voir que de l'injection dans la pie-mère, et une augmentation dans la quantité du liquide cérébro-spinal ; de plus, sur un de ces petits malades, âgé de cinq ans, le cœur parut plus volumineux, la paroi du ventricule gauche avait 1 centimètre 3 millimètres d'épaisseur.

IIe Observ. — *Rhumatisme, chorée; mort. Hyperémie cérébro-spinale, suffusion sanguine dans le rachis, hypertrophie du cœur.* — Mansau, neuf ans, route d'Issy, n° 15, entra à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, le 7 avril 1848. Il y a quinze jours environ qu'il se mit les pieds dans l'eau froide, et, dans un voyage qu'il fit le lendemain à Paris, il se sentit fatigué et se plaignait de ne pouvoir marcher, tant il souffrait dans les articulations. Il fut traité pour une courbature, et les principaux accidents disparurent ; mais depuis deux jours la chorée a débuté par les muscles de la figure et des membres thoraciques. Aujourd'hui, chorée générale et intense, légère tuméfaction et douleur faible autour du poignet et de quelques articulations de la main correspondante. — Bains sulfureux.

Le 17. Aucune amélioration, on joint aux bains sulfureux 8 grammes de poudre de valériane à prendre chaque jour. — Le 21, mouvement fébrile, figure pâle, anxieuse, abattement, tristesse, un peu de diarrhée. (Suppression de la valériane, huile de ricin.) Les jours suivants, on observe bien quelques alternatives dans l'intensité des mouvements choréiques, mais aucune amélioration réelle ; la fièvre persiste, enfin le malade s'affaisse et meurt le 2 mai.

Autopsie, vingt-six heures après la mort. — Injection de la pie-mère et de la surface du cerveau ; dans le canal rachidien, entre les os et la dure-mère, on aperçoit une infiltration sanguine, occupant en hauteur une étendue de 2 centimètres environ, aussi bien caractérisée en avant qu'en arrière ; elle paraît récente, et le sang est à demi-coagulé. A la région lombaire, les membranes sont distendues

et laissent sortir, à l'incision, une quantité considérable de sérosité légèrement sanguinolente. Aspect un peu mat de l'arachnoïde, vascularisation de la pie-mère, consistance normale de la moelle. Légère congestion pulmonaire; cœur visiblement hypertrophié, sans que les orifices soient malades.

IIIe OBSERV. — *Rhumatisme articulaire aigu, chorée avec tremblement convulsif; mort. Congestion simple des centres nerveux avec augmentation de la sérosité, suffusion sanguine dans le canal vertébral.* — Jeune garçon fumiste, treize ans, entré à l'hôpital des Enfants, le 26 avril 1848. Aimant par habitude et par profession les liqueurs spiritueuses, ce petit malade fit, l'année dernière, une fièvre qui dura quinze jours. Depuis il a joui d'une bonne santé, si ce n'est depuis cinq jours; début par de la céphalalgie, quelques horripilations, anorexie, constipation. — Le 27 avril, fluxion aux mains et autour des articulations métacarpo-phalangiennes, sans douleur bien vive; difficulté des mouvements, flexion des deux pouces, même endolorissement des poignets et des pieds, tremblement des lèvres et de la langue, mouvements choréiques et par moments secousses spasmodiques dans tout le corps, fièvre, pouls à 112; figure d'une pâleur verdâtre, anxieuse. — La mort arrive le 13 mai. — A l'ouverture du cadavre, on constate les altérations suivantes: membranes encéphaliques généralement congestionnées, sérosité un peu plus considérable; la pie-mère se détache aisément des circonvolutions de la convexité du cerveau, lesquelles sont aplaties et comme tassées; injection sensible dans tous les points de la pulpe nerveuse, qui conserve sa consistance normale. A l'ouverture du canal rachidien, on trouve tout autour de la moelle, entre la membrane fibreuse et les parois osseuses, une suffusion sanguine, dont la couleur et la consistance rappellent la gelée de groseilles; le simple changement de position ne suffit pas pour la déplacer, elle occupe la moitié inférieure de la région cervicale et quelques centimètres de la portion

voisine de la région dorsale. La dure-mère n'a d'ailleurs, pas plus que le canal osseux, subi la moindre altération dans son tissu. Injection remarquable des vaisseaux de la pie-mère, qui se montre jusque dans la pulpe nerveuse, principalement dans la substance grise; la queue de cheval baigne dans une portion considérable d'un liquide transparent. Légère congestion du bord postérieur des poumons.

Ces deux observations offrent cette particularité, sur toutes celles connues jusqu'à ce jour, qu'elles mentionnent une exhalation sanguine en dehors des membranes cérébro-spinales; cette lésion est d'ailleurs parfaitement en rapport avec les mouvements fluxionnaires du rhumatisme. Elle se retrouve à une période plus avancée de son évolution sur une fille, atteinte de chorée depuis plusieurs années, morte en 1849, à l'hôpital des Enfants. A l'ouverture de la colonne vertébrale, on trouve, depuis environ la sixième vertèbre cervicale jusqu'à l'extrémité inférieure de la région dorsale, un épanchement rougeâtre, gélatiniforme, n'occupant que l'espace compris entre la dure-mère et la coque osseuse; il est transparent, semi-liquide, en tout semblable à de la gélatine. Augmentation du liquide encéphalo-rachidien, vascularisation de la pie-mère cérébrale.

IVe Observ. — *Chorée aiguë; mort. Ramollissement inflammatoire de la moelle épinière, pneumonie.* — X., âgée de huit à dix ans, entrée à l'hôpital des Enfants au mois d'octobre 1849; atteinte de chorée pour la première fois il y a un mois environ, elle s'était bien portée jusqu'alors. Au moment de son entrée, la malade est tellement agitée, qu'on est obligé de l'envelopper dans son lit avec des oreillers et des matelas, et, malgré toutes les précautions, les parties soumises aux pressions ne tardent pas à se couvrir d'ecchymoses et d'excoriations. Elle peut à peine prononcer quelques mots, la déglutition des aliments offre de grandes difficultés; teint plombé, hébé-

tude anxieuse, fièvre. Cet état dure quinze jours ; l'enfant maigrit considérablement, et aucune amélioration ne survient, malgré les sangsues et les ventouses le long de l'épine, les antispasmodiques et l'opium. Dans les derniers temps, on constate de la toux, un peu d'oppression, mais on n'ose recourir à l'auscultation. Mort. — A l'autopsie, le poumon droit offre tout un lobe hépatisé (c'est bien de la pneumonie, car il ne peut être insufflé) ; la moelle présente un ramollissement manifeste dans une étendue d'environ 9 centimètres, immédiatement au-dessous du renflement cervico-brachial ; elle paraît boursouflée, offre un aspect plus grisâtre, et se réduit en bouillie sous les efforts d'une incision longitudinale.

De l'examen rapide qui vient d'être fait des lésions trouvées à l'ouverture des sujets choréiques, il résulte qu'elles ne sont ni très-nombreuses ni contradictoires, et qu'elles peuvent recevoir une interprétation philosophique.

Nous trouvons en effet, dans ces observations que possède la science, une altération des méninges sinon constante, du moins très-fréquente, et qui se trouve portée à différents degrés. Ainsi, c'est d'abord une simple congestion ; puis cette congestion, unie à une hypersécrétion du liquide cérébro-spinal ; ce liquide peut être transparent ou trouble, et légèrement lactescent ou même sanguinolent, *et jamais purulent*. Ces membranes sont parfois recouvertes d'un enduit poisseux, de fausses membranes, et plus ou moins adhérentes aux organes qu'elles recouvrent. Telle est la lésion réelle et principale autour de laquelle viennent parfois se grouper des ramollissements du cordon rachidien ou d'un point superficiel et plus ou moins limité de l'encéphale, ou bien encore des suffusions sanguines dans les alentours.

En rapprochant ces lésions de celles du rhumatisme, l'esprit est singulièrement frappé de leur similitude. Dans les deux cas, point ou très-peu de tendance à la suppuration, inflammation superficielle, *dite rhumatismale*, parfois même simple fluxion, tendance à l'hyper-

sécrétion et à l'exhalation sanguine, possibilité d'atteindre les parenchymes viscéraux. En lisant attentivement les observations nombreuses qui sont dans la science et les ouvrages didactiques qui s'y rapportent, on est frappé de l'accord à peu près unanime qui règne sur les caractères des inflammations rhumatismales, et sur les traces généralement peu profondes laissées par elles sur les séreuses et les synoviales. Quelques hommes de grand mérite sont même allés beaucoup plus loin, puisqu'ils n'ont pas craint d'avancer que l'anatomie pathologique a été aussi vainement interrogée à l'égard du rhumatisme articulaire, qu'à l'égard du rhumatisme musculaire, et qu'à vrai dire, elle est nulle dans l'un et l'autre cas. Nous n'osons point prendre la responsabilité de telles paroles; mais nous pouvons dire, en pleine connaissance de cause, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer intactes les articulations de personnes mortes pendant le cours d'un rhumatisme articulaire. On sait d'ailleurs qu'il existe une forme de cette maladie, désignée sous le nom d'arthrodynie par Cullen, qui ne s'accompagne d'aucun désordre local sensible pendant la vie ni après la mort, et qui souvent coïncide avec le rhumatisme musculaire. Ces considérations nous donnent la clef d'un phénomène qui a fort embarrassé les anatomo-pathologistes, l'absence d'aucune lésion trouvée sur le cadavre de quelques sujets choréiques. Car, si l'on admet la nature rhumatismale de la danse de Saint-Guy, ce phénomène trouvera une explication toute naturelle dans la spécialité et la mobilité des caractères anatomiques du rhumatisme.

§ IV. Étiologie. — A. *Causes prédisposantes.* — *Sexe.* Mes recherches statistiques viennent confirmer les résultats déjà connus, c'est-à-dire que le nombre des filles est plus considérable que celui des garçons. D'après un relevé fait de 1840 à 1850, à l'hôpital des Enfants de Paris, j'ai trouvé, sur 358 cas, 96 du sexe masculin et 262 du sexe féminin. La proportion a varié, mais est toujours restée, dans mes calculs, entre 2 et 3 filles pour 1 garçon. C'est également le chiffre donné par M. Bell (*Dict. des études méd.*, art. *Chorée*).

	GARÇONS.	FILLES.	RÉUNION DES SEXES. récidives comprises.	récidives non comprises.
Total...	95	261	356	301
Au-dessous de 10 ans.	36	95	131	114
De 10 à 15 ans.....	59	166	225	187

En tout 55 récidives, dont 10 chez les garçons et 45 chez les filles, ce qui donne la proportion de 85 pour 216, c'est-à-dire que, soustraction faite des cas de récidive, la différence entre les sexes devient moins sensible, elle s'éloigne du chiffre 3 pour se rapprocher du chiffre 2. On peut voir également dans ce tableau que le nombre des malades de dix à quinze ans est plus considérable qu'au-dessous de cet âge; il n'en est pas moins vrai que cette proportion diminue. défalcation faite des 55 cas de récidives.

Age. L'âge de dix à quinze ans, puis celui de six à dix, paraissent donc être les plus favorables à l'apparition de la chorée. Cependant ce n'est pas là une époque exclusive, car on a observé cette maladie à toutes les périodes de la vie; elle est même assez fréquente de quinze à vingt ans (Bell, loc. cit.).

Il faut savoir bien tenir compte des milieux dans lesquels les auteurs ont observé : ainsi les relevés de MM. Rufz et Dufossé, les miens, ne peuvent faire mention d'adultes, puisqu'ils ont été faits dans un établissement où les enfants seuls sont admis. Aussi, en procédant à mes recherches bibliographiques, ai-je eu soin de noter les âges des malades que le hasard faisait passer sous mes yeux; je suis arrivé aux résultats suivants :

Depuis les premiers mois de l'existence jusqu'à 10 ans..	23 cas.
De 10 à 16 ans..................................	63
De 16 à 20 ans..................................	38
Total...	124

Je dois ajouter trois nouveaux cas d'adultes qui ne figurent pas dans ces tableaux et que j'ai observés en dehors de l'hôpital des

Enfants. Or, 23 + 38 + 3 donnent 64. Ce résultat est bien moins favorable encore que le tableau précédent à la théorie de Bouteille, sur la cause constitutionnelle de la chorée, qu'il considérait comme une dépendance et un des symptômes de la puberté. Mon collègue M. Degaille a bien voulu me communiquer la note suivante, qui paraîtra sans doute intéressante, eu égard à la position spéciale de la malade qui en fait l'objet. X..., âgée de vingt ans, grande et bien constituée, primipare, entre à l'hôpital Beaujon, pour y accoucher, sur la fin de janvier 1850. A l'âge de douze ans, elle passa 2 mois à l'hôpital des Enfants, pour y être traitée d'une chorée très-intense ; depuis, cette affection n'a jamais reparu. Deux jours avant l'accouchement, elle a été prise de mouvements choréiques dans la jambe et surtout le bras du côté gauche ; elle parlait difficilement. Accouchement très-naturel, sans que la chorée ait cessé, et trois jours plus tard apparition d'une arthrite (douleur, gonflement, fluxion) dans le poignet gauche. La malade n'a pas eu le moindre accident puerpéral, pas même de fièvre de lait ; elle est sortie, huit jours plus tard, complétement guérie.

Hérédité. Quelques pathologistes ayant avancé que la danse de Saint-Guy peut être héréditaire, nous avons recherché, avec un soin particulier, les diverses circonstances qui se rattachent à ce côté de la question : ainsi nous n'avons pas seulement pris note des exemples de chorée chez les membres de la famille, mais nous avons de plus tenu compte de tous les cas de névroses quelconques qui nous ont été déclarés. Nous sommes arrivé aux données suivantes, avec 82 observations recueillies sur 82 malades distincts, tant à l'hôpital des Enfants qu'au dehors de cet établissement :

Chorée	3 cas.	1 fois chez la mère. 1 fois chez une sœur. 1 fois chez un frère.
Folie (variétés diverses)	6 cas.	3 fois chez le frère. 1 fois chez un oncle. 1 fois chez une tante. 1 fois chez un bisaïeul.
Attaques de nerfs ou *hystérie*. . .	3 cas.	2 fois chez la mère. 1 fois chez une sœur.
Épilepsie.	4 cas.	1 fois chez une sœur. 1 fois chez un oncle. 1 fois chez une tante. 1 fois chez le père.
Tremblements. . .	2 cas.	1 fois chez le père. 1 fois chez la mère.
Paraplégie. . . .	1 cas.	Chez la mère.

Notons d'abord que, dans les trois cas où la chorée paraît être héréditaire, les malades ont eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, que deux fois il n'y a pas d'hérédité proprement dite, puisque les enfants appartiennent à la même génération, et qu'enfin ceux-ci, se trouvant dans les mêmes conditions, auront très-probablement subi l'influence des mêmes causes qui auront produit la même maladie. Dans le troisième cas, la jeune malade semble tenir de la mère la possession de la danse de Saint-Guy; soit, mais par l'intermédiaire du rhumatisme, car cette affection, chez la mère comme chez la fille, a été accompagnée d'un rhumatisme articulaire aigu, et l'on sait avec quelle facilité celui-ci prend droit de domicile dans l'économie, et combien il est transmissible par voie de génération. La question d'hérédité une fois posée, on ne doit pas examiner le fait seul de la transmission des phénomènes nerveux; il faut encore en rechercher l'origine et savoir si par exemple ils ne seraient pas sous la dépendance d'une maladie primitive qui en expliquerait beaucoup mieux la transmissibilité. C'est ce qui a lieu pour la danse de Saint-Guy, car nous voyons la présence du rhumatisme derrière *toutes* les causes qu'on a voulu lui assigner.

Nous allons du reste soumettre au lecteur les détails de cette observation curieuse à plus d'un titre. Quant aux malades dont les parents ont été affectés de folie, d'hystérie, d'épilepsie, de paralysie ou de tremblement, il n'en est aucun qui n'ait également offert des symptômes de rhumatisme, et, pour la moitié, de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. C'est là une circonstance importante et dont l'influence rapprochée de ces névroses, dans le tableau étiologique de la chorée, laisse à celles-ci une valeur bien secondaire et bien minime.

V[e] OBSERV. — *Rhumatisme, endo-péricardite, chorée; récidives nombreuses de rhumatisme.* — Reynaud, (Anna) fut prise, à l'âge de sept ans, d'une chorée rhumatismale, pour laquelle elle entra successivement à l'hôpital des Enfants et à Saint-Antoine. Au moment de son

mariage, la mère, âgée de dix-huit ans, eut un rhumatisme articulaire aigu, dont elle raconte fort bien les détails, qui dura trois mois, et pour lequel elle fut traitée à l'hôpital Saint-Antoine, par des cataplasmes, saignées et nitrate de potasse. Pendant le déclin de cette maladie, la chorée survint dans tout le côté gauche du corps et disparut après trois mois d'existence, la malade n'ayant eu recours qu'à quelques bains de sang de bœuf. Sur ces entrefaites, la menstruation fit place à une grossesse, et la chorée n'est plus revenue. En 1842 la jeune Anna aurait été effrayée d'une rixe engagée, à la barrière Montreuil, entre des ouvriers boulangers, parmi lesquels figurait son père; la nuit suivante, elle aurait eu de la fièvre, du délire, des hallucinations, céphalalgie intense, bourdonnements d'oreilles. *C'était en hiver, il faisait grand froid, et la demeure de la famille était humide et froide.* Presque aussitôt les mouvements choréiques furent reconnus par la mère; ils devinrent généraux et violents, l'intelligence et la mémoire étaient lésées, la progression impossible. La mère, persuadée que c'était une maladie nerveuse, ne porta nullement son attention du côté des articulations, et elle ne nous donne à cet égard que des renseignements très-peu précis.

Au bout de huit jours, Anna fit son entrée à l'hôpital des Enfants, qu'elle abandonna quinze jours plus tard. Après être restée un mois chez elle environ, elle fit un nouveau séjour dans cet établissement, d'où elle fut renvoyée sans être complétement guérie. Alors elle entra dans le service de M. Kapeler, à l'hôpital Saint-Antoine, présentant une aggravation notable dans son état. Chorée intense, fièvre; elle jette les hauts cris dès que l'on veut l'appuyer sur ses pieds, parole impossible, palpitations et serrement à l'épigastre.

On pratiqua 4 saignées générales, on eut recours à l'application de 100 sangsues et 4 vésicatoires volants sur la région précordiale, cataplasmes émollients et ouate autour des membres abdominaux. Il y eut une amélioration réelle, et la malade acheva sa guérison à l'aide de l'hygiène et de quelques pilules martiales et antispasmodiques; elle sortit au bout de cinq mois parfaitement guérie. L'année suivante,

à la même époque, elle fut reprise d'un rhumatisme articulaire qui la retint à l'hôpital durant trois mois, mais sans apparition d'aucun phénomène choréique. Depuis elle a ressenti tous les ans de nouvelles attaques de rhumatisme qui chaque fois l'ont forcée de réclamer les secours des hôpitaux. Ces attaques se montraient, dit-elle, à l'époque des vendanges, c'est-à-dire pendant l'automne.

24 novembre 1849. Je revis la jeune Reynaud, au moment où elle venait de quitter l'hôpital Saint-Louis; elle y avait passé dix-sept jours pour des douleurs rhumatismales, qui furent combattues par des bains de vapeur. Elle est bien constituée, réglée depuis quatre mois, travaille dans une filature de coton. Impulsion du cœur forte, bruit de souffle râpeux au premier temps, ayant son maximum d'intensité au niveau du cartilage de la quatrième côte gauche; pouls régulier, absence d'asthme cardiaque.

Climats. La fréquence de la chorée offre des différences bien remarquables, suivant qu'on l'étudie dans telle ou telle région du globe ou de l'Europe. M. Rufz, justement étonné du silence gardé sur la chorée par les médecins des climats chauds, interrogea plusieurs de ceux qui avaient exercé dans nos colonies.

Il apprit de M. Dariste, qui avait exercé la médecine pendant trente ans à la Martinique, de M. Rochoux, qui avait pratiqué à la Guadeloupe, de M. Chervin, qui avait parcouru toutes les Antilles, et enfin de M. Garnot, que pas un seul cas de chorée, soit sur les blancs, soit sur les nègres, ne s'était offert dans ces contrées à leur observation. J'ai eu également l'occasion d'entretenir de ce fait M. Rochoux, mon ancien maître, et il m'a donné la même réponse qu'à M. Rufz. De même, dans les contrées du midi de l'Europe, il n'était fait aucune mention de cette maladie, quand depuis longtemps déjà elle était connue et décrite en Allemagne, en Angleterre et en France, ces trois demeures privilégiées de la danse de Saint-Guy. Cependant nous savons aujourd'hui qu'elle a été observée

dans plusieurs de ces régions, mais il faut le dire, en proportion plus faible, et, pour ne parler que de l'Italie, J. Franck (loc. cit.) nous l'a dit plus fréquente en Lithuanie qu'en Lombardie. La chorée habite donc de préférence et presque exclusivement les zones tempérées, et principalement les régions les plus exposées au froid et à l'humidité, aux variations atmosphériques. Il en est ainsi pour le rhumatisme, tout le monde reconnaît combien le froid humide et les changements de température sont favorables à l'apparition de cette maladie. L'Allemagne, l'Angleterre et la France, sont également les pays où elle se montre le plus souvent. Ponsard (*Traité de la goutte et du rhumatisme*) dit que l'Italie et l'Espagne y sont moins sujettes que les contrées de l'Europe centrale; Barthez (*Maladies goutteuses*) assure que le rhumatisme est rare dans la Laponie et l'Amérique septentrionale. L'examen des climats établit donc un nouveau point de contact entre le rhumatisme et la chorée.

Saisons. Il doit en être du rôle des saisons comme de celui des climats, relativement à la production de la chorée : ici, en effet, l'observation est d'accord avec le raisonnement (voir les deux tableaux ci-joints). Je sais fort bien que l'on rencontre émise dans quelques écrits une opinion contraire, mais elle repose sur de vagues réminiscences, des ouï-dire, ou sur un trop petit nombre de faits, et non sur des preuves irrécusables. A la statistique de M. Rufz, le document le plus complet que nous ayons à ce sujet, j'oppose mes deux tableaux, dont les chiffres sont bien plus élevés, et se prêtent un mutuel appui par l'identité des résultats.

N° 1. *Tableau de la date des entrées de tous les cas de chorée à l'hôpital des Enfants, de* 1840 *à* 1850.

	Janv.	Fév.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet	Août.	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
1840	4	2	3	0	3	1	1	2	1	5	17	2
1841	2	4	2	0	3	1	1	1	3	2	2	1
1842	2	1	6	3	7	4	1	0	0	4	4	4
1843	4	2	3	2	1	1	1	5	1	2	0	1
1844	4	1	5	0	0	3	2	3	4	3	2	2
1845	6	2	3	0	3	2	2	1	2	1	1	3
1846	1	2	5	3	0	1	1	1	3	3	2	2
1847	4	8	7	1	1	2	1	0	4	7	4	2
1848	8	5	2	3	0	2	4	3	9	10	9	10
1849	9	14	4	1	6	1	3	4	1	4	2	2
	44	41	40	13	24	18	17	20	28	41	43	29

N° 2. *Tableau indiquant le début de la chorée et de ses récidives, dans nos* 82 *observations.*

a.	10	3	4	12	5	5	3	2	17	6	14	12

b. Printemps, 6 cas. — Été, 1. — Automne, 9. — Hiver, 12. — Inconnus, 9.

Le n° 1, comme celui de M. Rufz, indique seulement, il est vrai, le moment des entrées des malades à l'hôpital, et non le début précis de la maladie, de sorte qu'il peut en résulter quelque doute pour l'esprit; mais il faut remarquer qu'il y a compensation entre les diverses saisons, et qu'avec un chiffre aussi élevé, les chances d'erreur sont infiniment moindres. D'ailleurs, je ne me suis pas contenté de ce premier aperçu, j'ai voulu arriver à une vérification en dressant le tableau n° 2 (il est relatif à 82 malades qui ont présenté 130 fois la chorée; 93 fois le début est précisé, 9 fois inconnu, et 28 fois on connaît seulement la saison). Celui-ci, comme le premier, donne une proportion de malades beaucoup moindre pour les mois d'été, c'est-à-dire pour la saison où la température est la plus

élevée et la moins variable. Du reste, il est facile, à l'aide de certaines combinaisons des nombres inscrits, d'obtenir des résultats extrêmement curieux. Je me bornerai à exposer les suivants, en comprenant successivement le mois de septembre en été et en automne.

Hiver (décemb., janv. et févr.) . . .	37	Printemps (mars, avril, mai). . . .	27
Été (juin, juillet, août).	11	Automne (septemb., octob. et nov.)	46
Réunion des deux saisons. . .	48	Réunion des deux saisons. . .	73
Hiver (janvier, février, mars). . . .	29	Printemps (avril, mai, juin).	28
Été (juillet, août, septembre). . . .	23	Automne (octob., nov. et décemb.)	41
Réunion des saisons.	52	Réunion des deux saisons. . .	69

C'est donc en automne que se montre principalement la chorée ; puis arrivent le printemps et l'hiver, dont les chiffres se touchent de bien près, enfin l'été laissé loin derrière eux. Il en est ainsi du rhumatisme, qui se montre de préférence à l'automne et au printemps ; mais tous les observateurs s'accordent à dire qu'il n'est pas rare pendant l'hiver, au moment des dégels et des brouillards. Stoll et de Mertens en ont observé des épidémies, à Vienne, durant cette saison de l'année. Mais Van Swieten (*Comment. de Boerhaave*, t. 5) regarde l'automne comme l'époque qui exerce le plus d'influence. En feuilletant mes notes, extraites des ouvrages qui ont traité de la danse de Saint-Guy, j'y ai rencontré l'indication précise du début de la maladie, dans cinquante-huit cas, et il est résulté de cet examen que la proportion est encore favorable aux saisons froides et humides.

Quant à ceux qui se présentent dans la belle saison, j'ai pu faire cette remarque, qu'ils ne sont pas plus à l'abri du rhumatisme que ceux qui prennent naissance pendant la mauvaise saison.

Habitation. Le séjour dans des lieux bas et humides, dans des de-

meures sombres, mal aérées, humides, est une cause prédisposante à la chorée comme au rhumatisme, et c'est encore là une nouvelle ressemblance d'origine entre ces deux maladies. Que de fois, en effet, en allant prendre connaissance de l'état des lieux et d'autres renseignements utiles, j'ai été frappé des mauvaises circonstances hygiéniques attachées à la demeure de mes petits malades. Tantôt je rencontrais une chambre à un étage assez élevé, mais ouvrant sur une cour étroite par une croisée à moitié brisée ou mal close, et donnant ainsi passage à un vent coulis; d'autres fois, c'était le lit des enfants placé dans une sorte de couloir antichambre, entre deux portes et un lambeau de croisée, ou bien encore les murs étaient ruisselants d'humidité; tantôt j'entrais dans une arrière-boutique sombre, étroite, ou même dans une sorte de tanière creusée au niveau du sol, et dans laquelle il était presqu'impossible de faire un pas sans avoir les pieds plongés dans l'eau; parfois enfin je pénétrais dans une maison nouvellement construite et nouvellement habitée; très-rarement j'ai été assez heureux pour rencontrer une habitation qui réunit les deux conditions de sécheresse et d'aération.

J'ai pu également constater, dans cet itinéraire, que les rues et les quartiers les plus sales de Paris renfermaient le plus grand nombre de choréiques; je puis citer en première ligne cette partie du 7e et du 9e arrondissement qui environne l'Hôtel de Ville, et dans la rue de ce nom, dans la même maison, mais appartenant à des familles distinctes, j'ai rencontré trois jeunes filles atteintes de la chorée liée à l'existence du rhumatisme.

Voici un exemple très-remarquable de l'influence fâcheuse d'une maison humide sur plusieurs membres de la même famille et sur la production d'un cas de danse de Saint-Guy.

VIe Observ. — *Chorée; habitation très-humide; une sœur est morte d'une affection du cœur, conséquence d'un rhumatisme; le père est rhumatisant.* — Mallet (Jean) huit ans, entra à l'hôpital des Enfants le 5 janvier 1849. La famille entière faisait le commerce de

marchand de vins, il y a peu de temps encore, dans une maison très-humide, près Charenton. Le père y fut pris de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, disparaissant incomplétement et revenant ensuite; il alla plusieurs fois s'en faire traiter à l'hôpital de Charenton, où on lui administra, entre autres médications, des bains de vapeur. Il y a environ deux ans qu'une jeune sœur, âgée de onze ans, fut atteinte d'un rhumatisme articulaire ambulant, qui donna lieu à une affection du cœur, parfaitement diagnostiquée par le médecin appelé dans cette circonstance ; bientôt les accidents s'accrurent, l'hydropisie survint, et la mort arriva après dix-huit mois de maladie. Peu de temps auparavant, une autre fille, à peu près du même âge, avait été enlevée, en cinq jours, par le croup. Notre petit malade avait pris la chorée, sans cause connue des parents, deux mois avant d'entrer à l'hôpital. Elle était générale, modérément intense ; on ne constata aucun symptôme de rhumatisme ; toutefois le cœur paraissait un peu volumineux ; le malade était maigre, avait le teint plombé, était sujet à la céphalalgie frontale. Il partit complétement guéri le 4 février suivant.

Professions. Certaines professions se rencontrent plus particulièrement chez les parents des choréiques, telles que celles de concierge, épicier, marchand de vins, etc., toutes circonstances qui rentrent dans les conditions examinées dans le paragraphe précédent.

B. *Causes occasionnelles.* — *Frayeur.* De toutes les causes occasionnelles invoquées par les auteurs, une seule mérite de nous arrêter un instant, c'est la frayeur. Examinons donc quelle est son influence, et si à elle seule elle peut produire le développement de la danse de Saint-Guy. Sur nos quatre-vingt-deux observations, nous trouvons seulement quinze cas dans lesquels cette cause paraisse devoir figurer, et cependant jamais nous n'avons manqué de nous enquérir, avec un soin tout particulier, des circonstances auxquelles les parents ou les malades croyaient devoir rapporter cette affection.

Une fois, la peur aurait été occasionnée par la vue d'une couleuvre ; mais la chorée existait déjà dans les muscles de l'avant-bras ; une fois, par la chute d'un cheval à une distance assez éloignée ; une fois, par la course rapide d'un chat devant la croisée où se trouvait la jeune fille ; une fois par l'engrenage d'une filature à coton, dans laquelle travaillait *habituellement* la malade ; une fois par la chute que fit une pensionnaire dans la classe d'une maison d'éducation ; mais, depuis quelques jours déjà, on trouvait la malade bizarre et n'écrivant pas aussi bien ; une fois par une plaie superficielle (sorte d'égratignure) faite au doigt de sa sœur ; une fois, c'est à la suite d'une querelle survenue entre le père et la mère, mais quinze jours avant l'apparition des premiers phénomènes de la chorée ; une fois enfin, deux frayeurs mal caractérisées et peu significatives seraient arrivées six mois avant la constation de la maladie. Dans tous ces cas, excepté dans un, nous avons reconnu la présence d'un rhumatisme articulaire ou de douleurs rhumatismales erratiques, jointes le plus souvent à une demeure humide ou à l'existence de l'élément rhumatismal chez les parents. Chez nos sept derniers malades, la peur dépendait des événements de juin 1848. Une fois, la chorée ne s'est montrée que quatre mois après, et elle a coïncidé avec un rhumatisme articulaire aigu ; une fois, la malade habitait près la barrière de l'Étoile, quartier qui resta toujours éloigné du foyer de l'insurrection, et de plus elle est sujette, comme sa mère, aux douleurs rhumatismales ; une fois, c'est un garçon de sept ans qui, loin de s'effrayer, courait avec plaisir au milieu des barricades de la Chapelle, lorsqu'on lui apprit les dangers qu'avait couru sa mère ; mais il ne parut pas très-affecté, et il ne prit la chorée que quinze jours plus tard (il s'est plaint de douleurs dans les membres) ; une fois, le bruit de l'artillerie et l'allure des insurgés, dans le faubourg Saint-Antoine, auraient produit une frayeur réelle ; mais la danse de Saint-Guy ne tarda pas à se compliquer d'un rhumatisme articulaire aigu et d'un endo-péricardite qui occasionnèrent la mort. Une fois, à la vue d'un homme fusillé et à la pensée des

dangers que courait son père, la jeune Lesarte fut vivement affectée, tomba malade, eut de la céphalalgie, de l'agitation, du délire, de la douleur à l'épigastre, et des vomissements; au bout de huit jours, elle fut bien rétablie, et ce fut réellement vers le 1er août que l'on s'aperçut de quelques bizarreries dans la contraction musculaire. Autrefois, il y a quatre ans, elle eut une pleurésie pour laquelle on eut recours à une application de sangsues et à des révulsifs cutanés. Elle ressent parfois des douleurs erratiques ; le père est concierge et tourmenté fréquemment par des attaques de rhumatisme. Enfin deux jeunes filles auraient conçu des craintes pour la vie de leur père, que les dispositions militaires du moment avaient écarté de leurs demeures ; mais on ne mentionne aucune circonstance spéciale qui ait pu les frapper de terreur, et l'une d'elles avait eu, un an auparavant, une fièvre cérébrale et une bronchite qui durèrent environ dix-huit jours.

Cette exposition des faits prouve que la peur ne mérite pas toute l'importance qu'on s'est plu à lui accorder ; parfois cette prétendue cause est une simple allégation sans motifs, souvent elle est effacée par la co-existence du rhumatisme, et si quelquefois elle a paru coïncider avec l'apparition des phénomènes choréiques, c'est que déjà la maladie existait à l'état latent, ou trop faible encore pour avoir été reconnue, et alors elle recevait de cette émotion morale un développement qu'elle n'avait pas auparavant. Aussi Guersant recommandait-il, en termes empreints d'une exacte vérité, de ne pas prendre pour cause de la chorée cette disposition à s'effrayer que présentent les enfants dès le début de la maladie ; ils sont très-irascibles, et la moindre contrariété, la moindre émotion produit sur eux une exacerbation remarquable dans les désordres musculaires. Plus on mettra de soin à faire cette distinction importante, plus on entrera dans les détails analytiques et comparatifs auxquels nous nous sommes livré, plus aussi on arrivera à cette conviction que la frayeur joue un rôle bien minime et doit faire place à un tout autre ordre d'idées dans l'étiologie de la danse de Saint-Guy. Je ne puis d'ailleurs trop insister sur ce

point : il faut se défier du dire des parents et des malades ; huit fois sur dix, ils ne manqueront pas de rapporter l'apparition de la maladie à l'existence d'une frayeur mal interprétée, et, quand celle-ci fera défaut, ils la mettront encore en avant, croyant en cela donner une explication naturelle et vraie à des théories peu scientifiques et qui ne peuvent trouver place ici. De sorte que, de prime abord, il est parfois difficile de reconnaître ce qui est réel de ce qui est supposé. Cette manière de donner des renseignements a, sans aucun doute, contribué à valoir à cette cause le crédit dont elle a joui et qu'elle ne perdra pas entièrement d'ici à longtemps encore : *tant, de nos premiers ans, l'habitude est puissante.*

Je ne puis mieux faire que de rapporter ici un de ces cas dans lesquels on a cru devoir attribuer à la peur le développement de la chorée ; les détails de l'observation prouveront suffisamment l'erreur, sans qu'il soit nécessaire d'y joindre aucun commentaire.

VIIe Observ. — *Frayeur pendant les événements de juin* 1848, *douleurs vagues, chorée trois mois après, rhumatisme articulaire aigu.*— Audin (Amélie), 12 ans, rue de l'Hôtel-de-Ville, 20 ; entrée à l'hôpital des Enfants le 6 octobre 1848. Elle était sujette depuis longtemps à des douleurs vagues et intermittentes auxquelles ses parents ne prêtaient aucune attention et qu'ils attribuaient à la *croissance*. Demeure malsaine et sombre.

Pendant l'insurrection de Juin, elle fut effrayée, comme tous les habitants du quartier qu'elle habite, mais on ne raconte aucune circonstance extraordinaire qui ait pu l'impressionner d'une manière spéciale ; depuis ce moment, elle s'est bien portée, et c'est seulement au milieu du mois de septembre que les premiers symptômes choréiques apparurent ; ils devinrent rapidement intenses et généraux. Du 2 au 5 octobre, douleur dans les deux genoux, torticolis.

Le 6. Chorée faible à gauche, très-marquée a droite, faiblesse des contractions musculaire de ce côté ; la malade ne peut se servir de la main, ni marcher seule, elle se laisse traîner ; mouvements saccadés

du tronc, qui, dans le décubitus dorsal, se soulève tantôt sur une épaule, tantôt sur les deux ensemble ; langue embarrassée, caractère maussade, cris, frayeurs, pleurs et rires sans raison, légère exaltation de la sensibilité générale, peu de sommeil, douleur à la nuque et dans le genou et la main gauches ; figure pâle, anxieuse.

Le 7. Rhumatisme articulaire bien tranché, douleur dans les articulations fémoro-tibiales, douleur et tuméfaction dans la gauche et celle du coude correspondant (épanchement intra-articulaire avec une légère injection de la peau environnante), douleur plus vive dans le doigt médius de la main gauche et l'annulaire droit, bruits du cœur éclatants, fièvre modérée. (Flanelle autour de tous les points douloureux, pilules de Dower; diète.) — Le 10. Fluxion autour des articulations des deux doigts indiqués, tuméfaction plus grande du genou gauche, cou-de-pied droit douloureux. Le lendemain, le rhumatisme a quitté ce dernier point pour se porter sur l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le 13, moins d'agitation, sommeil plus calme ; seul le genou droit offre encore de la douleur, absence de fièvre, quelques intermittences dans les battements du cœur, mais il n'y a pas de signes suffisants pour admettre une lésion de cet organe.

Le 16. La malade se lève, mange et marche seule ; amaigrissement, pâleur plombée de la figure, diminution notable des mouvements choréiques. (Valériane, fer et kina.) Guérison complète et sortie le 12 novembre.

Imitation. La chorée est-elle transmissible par imitation ? La réponse ne saurait être douteuse, aujourd'hui que l'on sait isoler cette maladie des autres affections avec lesquelles elle n'a aucun rapport de causalité. Une fois j'ai vu une jeune fille de quinze ans, abandonnée de sa famille et traitée à l'hôpital pour une chlorose, qui voulut simuler la danse de Saint-Guy. Craignant d'être renvoyée et ne sachant où aller, elle crut n'avoir rien de mieux à faire, pour prolonger son séjour dans nos salles, que de chercher à imiter les mouvements singuliers de ses voisines ; mais elle y réussit fort mal,

la ruse fut découverte, et, devant la menace d'une expulsion immédiate, notre pseudo-chorée disparut pour toujours. A côté de ce fait, se range le récit de Boerhaave, qui mit fin à une épidémie de chorée, développée dans un pensionnat, en menaçant du fer rouge toutes les jeunes malades.

Vers. Quant à l'existence des vers intestinaux, leur influence est tout aussi gratuite que l'imitation. Je me range complétement à l'avis de M. Blache, qui résume ainsi l'état des faits (Dictionnaire en 30 vol., art. *Chorée*) : « Aucun de nos malades ne rendit de vers, malgré les purgatifs. Chez d'autres, au contraire, on a trouvé des ascarides lombricoïdes en quantité prodigieuse, et ceux-ci n'étaient pas choréiques. Ajoutons que dans certaines chorées où des vermifuges avaient produit l'expulsion d'un grand nombre de vers, les mouvements convulsifs n'ont éprouvé aucune diminution sensible, et d'autres fois la chorée a cédé à l'emploi des anthelminthiques, sans évacuation préalable des vers qu'on supposait l'entretenir. » Ainsi absence, ou coexistence de pur hasard, d'un affection vermineuse avec la danse de Saint-Guy véritable.

Froid. Nous avons déjà vu combien certaines conditions hygrométriques et thermométriques prédisposent à la chorée ; mais l'influence du froid peut aller et va beaucoup plus loin, puisqu'elle peut produire rapidement et directement l'apparition des mouvements choréiques.

VIII[e] OBSERV. — *Épistaxis abondante, affusion froide, suppression de la sueur, accidents immédiats ; chorée*. — Jacquet (Eugène), huit ans, fils d'un concierge, jouait avec ses camarades, lorsqu'il fit sur la face une chute qui amena une épistaxis abondante. Pour l'arrêter, on conduisit le malade en transpiration sous le robinet d'une pompe, où lui fut donnée une affusion copieuse, le long de la colonne vertébrale. Bientôt il rentra chez lui, mouillé depuis les pieds

à la tête, saisi d'un violent frisson, et les traits à peine reconnaissables. Alors survinrent des douleurs à la région frontale, le long du rachis et à l'épigastre, avec sentiment de courbature générale. Jacquet garda le lit durant quelques jours, il fut purgé et reçut une application de sangsues à l'anus. Sur ces entrefaites, la danse de Saint-Guy se déclara, et elle fut si violente, qu'elle donna lieu à plusieurs excoriations de la peau, et força d'attacher le malade dans son lit. Aucune autre cause que le refroidissement n'a été invoquée par la famille. Il y eut guérison.

Je pourrais encore citer, entre autres faits incontestables, celui du jeune Sarrasin, qui jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'au mois d'août 1848, il alla se jeter dans les flots de la Seine, le corps couvert de transpiration. Il ne tarda pas à sortir de l'eau, fut pris d'un violent frisson, eut beaucoup de peine à marcher jusqu'à sa demeure, fut atteint d'un rhumatisme musculaire et articulaire, qui dura trois mois environ, et pendant le cours duquel la chorée se déclara.

§ V. Classification des faits tendant a démontrer la nature rhumatismale de la chorée ; réflexions et déductions. — On n'a pas perdu de vue le but capital de cette dissertation, qui est de démontrer que la chorée doit être considérée comme une affection rhumatismale. Déjà nous avons fait sortir plus d'une peuve à l'appui de cette idée, de l'examen de certaines circonstances étiologiques et de l'analogie des lésions rencontrées dans ces deux états morbides ; nous avons même cité des exemples remarquables de leur coïncidence et des rapports de causalité qui les unissent. Maintenant il s'agit de compter et de classer ces faits, d'indiquer les divers modes d'apparition et d'association des phénomènes choréiques et rhumatismaux. Au point de vue de l'évidence du rhumatisme, nous pouvons établir trois catégories principales : la première renferme les gros faits, ceux qui ne peuvent donner lieu à la moindre contestation de la part même des personnes les plus réfractaires ; la seconde

est relative à ceux caractérisés par des douleurs rhumatismales péri-articulaires ou musculaires, avec ou sans affection du cœur; dans la troisième, se rangent les observations où l'élément rhumatismal *semble* ne pas exister (nous nous expliquerons à ce sujet).

A. *Première série.* — Faits dans lesquels la chorée coïncide avec un rhumatisme articulaire aigu ou sub-aigu bien tranché, et dont les récidives sont presque toujours précédées ou accompagnées de nouvelles attaques de rhumatisme.

IX[e] Observ. — *Chorée rhumatismale, observée à Rennes pendant l'hiver* 1841-1842. — Marie X., douze ans, demeurant rue de la Parcheminerie, l'une des plus étroites et des plus basses de Rennes, occupant avec sa mère une chambre étroite et très-humide, fut prise de chorée à la fin de septembre 1841. Quelques semaines plus tard, elle entrait dans une des salles de la clinique médicale (service de M. le professeur Pinault). Depuis longtemps elle était sujette à des douleurs erratiques qui parfois et momentanément la forçaient à se plaindre et l'empêchaient de marcher. Les mouvements choréiques avaient suivi une marche ascendante peu rapide; mais dix jours avant d'entrer, les accidents s'accrurent, il survint de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation, des douleurs plus vives : il fallut à la malade garder le lit. A son entrée à l'hôpital, elle pouvait marcher, mais en décrivant une foule de zig-zags; elle ne pouvait boire, et le plus souvent, elle laissait tomber le vase qu'on avait mis dans ses mains; la prononciation était très-difficile; en un mot, la chorée était générale. Au reste, la jeune malade était d'une taille élancée, légèrement amaigrie, avait un teint pâle verdâtre; elle souffrait à la région cervicale, au front, dans le muscle deltoïde gauche et les deux genoux. L'examen de cette dernière région fit connaître une double hydarthrose plus considérable à droite, peu douloureuse, et sans injection bien notable de la peau circonvoisine. (Repos au lit, valériane.) Six jours après, la malade était moins souf-

frante, les arthrites avaient disparu, mais la chorée restait la même. (On fait prendre trois bains par semaine.) Peu à peu elle diminue d'intensité, et, après deux mois de séjour, la malade put quitter l'Hôtel-Dieu dans un état satisfaisant.

L'année suivante, elle fut reprise des mêmes accidents, et vint se faire traiter dans le même service médical. A cette seconde attaque, comme à la première, elle eut des douleurs, du gonflement dans les deux articulations du genou ; la chorée était générale, un peu moins intense que la première fois. La malade se plaignait, en outre, de palpitation et d'une douleur intermittente à la région précordiale ; elle fut traitée par la valériane et quelques bains sulfureux.

Au début de mes études médicales, le hasard fit donc passer sous mes yeux un des cas les plus curieux de chorée rhumatismale : c'était le premier exemple que je rencontrais de cette maladie, qui me parut si singulière et si bizarre ; elle fixa d'autant plus mon attention, que je fus chargé, par M. Pinault, d'en rendre compte à la clinique. On ne crut pas devoir s'arrêter à l'élément rhumatismal, et, lorsque je voulus vérifier cette coïncidence dans nos ouvrages classiques de l'époque, je fus étonné de leur silence unanime. Cependant, quelques jours plus tard, un nouvel exemple de cette coïncidence se présentait à moi et venait lui donner une importance réelle. Le 1er avril 1843, je fis rencontre, sur le Champ-de-Mars, d'une jeune fille âgée de dix ans, atteinte de danse de Saint-Guy ; la mère avait profité d'un des premiers beaux jours de l'année pour distraire son enfant en la conduisant d'une campagne voisine à la foire de Rennes. La maladie avait débuté, un mois auparavant, par des douleurs vagues dans plusieurs régions du corps, et notamment dans les muscles du cou et des lombes ; l'enfant eut un torticolis et resta pendant huit jours le tronc courbé sur le bassin et sans pouvoir prendre la position verticale. Au moment où je la vis, ces symptômes avaient complétement disparu ; mais il existait, au niveau du poignet gauche, une tumeur molle, fluctuante, un peu douloureuse, et paraissant siéger principalement dans les gaînes des muscles extenseurs des doigts.

La chorée siégeait dans tous les membres et sur la figure ; elle était très-modérée.

Plus tard, j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier le fait dans les grands hôpitaux de Paris. Ce fut surtout l'année que je passai, comme interne, à l'hôpital des Enfants, qu'ayant observé un nombre considérable de chorées, je pus en faire une étude plus complète et plus détaillée, et voir alors, sur une vaste échelle, l'association du rhumatisme et de la danse de Saint-Guy. Mais il est facile de comprendre que je ne puis citer ici toutes les observations que je possède, sans laisser prendre à ce travail une étendue immense et que je ne saurais lui donner.

Xe Observ. — *Rhumatisme articulaire aigu, affection du cœur, chorée.* — Lecomte (Louis), âgé de douze ans, demeurant à Vaugirard, entre à l'hôpital des Enfants, service de M. Bouneau, le 5 décembre 1848. Trois mois auparavant, attiré par un incendie voisin de sa demeure, Lecomte travailla beaucoup, se couvrit de sueur, puis resta exposé à l'air frais du soir, pieds nus, très-légèrement habillé, et sans changer aucun de ses vêtements ; un ou deux jours après, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu, qui le força à garder le lit. Les douleurs étaient tellement vives, qu'elles arrachaient au malade des cris perçants. Cinq jours avant d'entrer, les accidents, qui s'étaient améliorés, mais n'avaient jamais cessé, prirent une nouvelle intensité ; alors apparurent les premiers symptômes de chorée. Jusqu'alors on n'a fait qu'un traitement insignifiant. — Le 6. Cet enfant, qui jusque-là avait le facies coloré et de la plus belle santé, offre aujourd'hui un teint pâle, chlorotique ; la figure est anxieuse ; les douleurs se font sentir principalement dans l'épaule et le poignet gauche, et parfois elles forment une ceinture autour de la base du thorax. Mouvements choréiques généraux, plus marqués à droite ; parole libre, malgré l'agitation de la langue ; fièvre modérée. Les jours suivants, les poignets, diverses articulations des doigts, et les genoux, sont pris d'arthrites.

(Sulfate de quinine tous les jours, applications de sangsues autour des jointures affectées.) — Le 10, amélioration sensible; le bras gauche, que les arthrites forçaient au repos, peut exécuter des mouvements volontaires; sensation de craquement et impulsion forte à la région précordiale, frémissement cataire, matité étendue; bruit de souffle très-marqué au premier temps, ayant son maximum à la pointe du cœur et à gauche, diminuant beaucoup à mesure qu'on remonte en haut et à droite; mais, à la base et au deuxième temps du cœur, on perçoit un piaulement très-fort, prolongé vers le cou et retentissant dans les carotides, pendant leur diastole; pouls petit, régulier. — Le 18, l'amélioration a continué, mais aujourd'hui le malade se plaint de souffrir sous la langue; gonflement des glandes sous-maxillaires et sublinguales, fièvre, peau chaude. (8 sangsues; on donne depuis trois jours le sous-carbonate de fer à la place du sulfate de quinine.) — Le 20, le rhumatisme vient de se montrer dans les articulations des doigts, avec de la tuméfaction, de l'injection et de vives douleurs; sensation d'une barre transversalement fixée à la base de la poitrine. mouvements plus marqués que jamais à la tête et au tronc, pleurs et cris. (On reprend le sulfate de quinine; sangsues à l'épigastre.) Le lendemain, la fièvre est tombée; douleur nulle part. — Le 23, gaieté, calme moral, mouvements choréiques faibles; le piaulement ne s'entend plus très-net, il est remplacé par un bruit sec et rude; le souffle du premier temps persiste aussi marqué, et laisse le deuxième bruit distinct *à la pointe* de l'organe. — Le 24. On remplace le sulfate de quinine par le fer; râle sibilant dans les deux poumons, un peu de toux. A partir de ce moment, le malade est allé de mieux en mieux; il est sorti bien guéri, sauf de l'affection du cœur, le 21 janvier 1849.

L'exemple que nous venons de rapporter est un de ces cas types où se trouvent réunis et l'influence du froid et l'existence d'un rhumatisme, qui bientôt donnent naissance aux mouvements choréiques. Notons aussi l'état anémique ou chlorotique, survenu sous l'influence de l'affection du cœur, et qu'il faut bien prendre garde de considé-

rer comme une maladie première ; ce n'est qu'un symptôme fréquemment lié à la présence du rhumatisme, surtout de celui qui a duré quelque temps et qui a produit des troubles dans l'appareil circulatoire. L'apparition de la bronchite et du gonflement des glandes salivaires, succédant et alternant avec les arthrites, constitue une de ces mille formes sous lesquelles le rhumatisme peut se manifester.

Nous allons maintenant citer l'observation d'une jeune fille qui, trois années de suite, à la même époque (vers le commencement de l'automne), eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui fut rapidement suivie du développement de la danse de Saint-Guy. Il semble que, chez cette malade, la première de ces maladies ne puisse se montrer un instant, sans qu'aussitôt elle soit accompagnée des phénomènes qui caractérisent la seconde.

XI[e] Observ. — *Rhumatisme articulaire aigu, chorée ; deux nouvelles attaques de rhumatisme, suivies immédiatement de deux récidives de chorée; affection du cœur.* — Drion (Rosalie), âgée de douze ans, entra à l'hôpital des Enfants, le 12 septembre 1848. Elle habitait avec sa famille une petite cabane sombre et humide, située dans une cour étroite d'une maison de la rue Coquenard. Il y a deux ans que, pour la première fois, Rosalie fut atteinte de rhumatisme articulaire aigu, caractérisé par de la tuméfaction dans les deux genoux, des douleurs tellement vives, qu'il était impossible de lui faire exécuter le moindre mouvement dans son lit ; en même temps, elle ressentit de la pesanteur à l'épigastre et des palpitations. Cet état aigu dura huit jours, et presque aussitôt apparurent les phénomènes choréiques. Elle entra à l'hôpital des Enfants, où elle fut traitée par les bains sulfureux et guérit complétement. L'année suivante, et à pareille époque, les mêmes accidents reparurent et suivirent le même ordre dans leur évolution. Enfin, au mois de septembre 1848, une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu se déclara dans les deux genoux, comme précédemment,

donna lieu aux mêmes symptômes et à une deuxième récidive de chorée, deux jours plus tard. Au moment de l'entrée de la malade, fièvre, douleur et tuméfaction des deux genoux, peu de mouvements dans les membres inférieurs; les autres parties, et surtout la tête et les bras, sont beaucoup plus agitées; caractère maussade, cris et pleurs à chaque instant, figure anxieuse. — Peu à peu les accidents aigus se sont calmés et ont disparu, la chorée seule a persisté, et alors on a administré une bonne alimentation, des bains sulfureux et des pilules de Méglin. Aujourd'hui (1er octobre) amélioration notable; l'embonpoint, la coloration, la mémoire et l'intelligence reviennent à leur état normal; cependant il reste toujours de la céphalalgie frontale; bruit de souffle au premier temps du cœur, deuxième bruit sourd, impulsion énergique; mais, du reste, régularité parfaite dans les battements de cet organe et ceux du pouls. Quoique les genoux ne soient plus douloureux, ils renferment toujours une petite quantité de liquide; les mouvements choréiques sont à peu près bornés aux parties supérieures, même depuis la disparition de la douleur dans les membres abdominaux. Le 6 novembre, la jeune malade est forte et vigoureuse; en repos, elle n'offre plus aucun désordre musculaire; ce n'est que lorsqu'elle obéit à la volonté, et surtout quand elle s'impatiente, que de petits mouvements brusques se manifestent encore, mais ils sont très-minimes. Elle quitte l'hôpital le 21 décembre, offrant encore par moment quelques tics partiels et passagers.

Dans tous les cas qu'il nous resterait à exposer, il y a un rhumatisme articulaire très-manifeste et souvent maladie du cœur. Sur 82 observations 33 appartiennent à cette catégorie.

B. *Deuxième série.*—Faits dans lesquels la chorée ne paraît pas coïncider avec un rhumatisme articulaire aigu bien tranché, mais est accompagnée ou précédée de douleurs rhumatismales péri-articulaires ou musculaires, avec ou sans désordres cardiaques. Elle renferme 36 observations que l'analyse peut faire distinguer en trois va-

riétés : 1° coexistence de douleurs et d'affection du cœur ; 2° douleurs sans constatation de maladie de cet organe ; 3° enfin dans deux cas, lésion du cœur, sans qu'il ait été possible de reconnaître l'existence des douleurs.

XIIe Observ. — *Hémi-chorée droite, douleurs et torticolis; habitation très-humide; absence d'affection du cœur.* — Laplace (Auguste), onze ans, entra à l'hôpital des Enfants, le 29 septembre 1848. Il habite une petite maison tellement humide, que l'eau y coule pendant les saisons pluvieuses, est sujet à des douleurs erratiques et fugaces : la mère est rhumatisante. Début de la chorée, il y a trois semaines, par le bras droit, s'étendant ensuite aux autres parties de ce côté du corps. — Le 1er octobre. Teint rhumatismal, d'un pâle plombé, céphalalgie, diminution de la mémoire, irascibilité ; hémi-chorée droite, portant aussi sur la langue, mais elle est modérée. (Bains sulfureux.) — Le 19. Grande amélioration ; cependant il ne peut lever et poser le pied droit avec la précision que l'on trouve à gauche. — Le 5 novembre. Les mouvements ne se renouvellent que dans les instants de colère, ou parfois encore quand le malade exécute rapidement les contractions musculaires; parole et facultés intellectuelles normales, le teint s'est coloré, l'embonpoint a repris (exeat). A peine rentré chez lui, il a vu revenir quelques désordres choréiques, a éprouvé de nouvelles douleurs articulaires, a eu un torticolis. Sa mère alors l'a placé commissionnaire dans une maison bien aérée, afin de le soustraire à l'humidité et de hâter sa guérison par un exercice convenable. Au bout de deux mois, guérison complète de tous les accidents.

XIIIe Observ. — *Douleurs rhumatismales, chorée, troubles cardiaques; parents rhumatisants, demeure humide.* — Loutre, dix ans, entré à l'hôpital des Enfants, le 2 janvier 1849. Une tante maternelle est atteinte de folie, mais le petit est fort intelligent, n'a jamais eu

de convulsions. Il habitait, avec sa famille, six mois avant le début de la chorée, dans un des quartiers les plus sales de Paris, un rez-de-chaussée sombre et tellement humide, qu'on épongeait l'eau le long des murs et sous les lits. Le père est perclus de douleurs et presque paralysé du bras gauche; de temps en temps, la mère est prise d'un lumbago qui la retient parfois au lit durant plusieurs semaines; le frère du malade, âgé de treize ans, est lui-même sujet à des douleurs rhumatismales dans les jambes et principalement dans les genoux. Le jeune enfant qui fait le sujet de cette observation s'était plaint, antérieurement à l'apparition de la chorée, de douleurs disséminées, occupant spécialement les membres inférieurs et les articulations des genoux, douleurs rendues plus vives par les variations atmosphériques, et forçant parfois le malade à garder le repos. D'après l'usage reçu, la famille attribua ce phénomène à *la croissance* et n'y fit pas la moindre attention.

Environ six semaines avant d'entrer à l'hôpital, c'est-à-dire vers le 1er décembre, la chorée se manifesta d'abord lentement et par le côté droit du corps; puis, elle augmenta d'intensité, sans jamais être très-forte, et devint générale. Au moment de son entrée, les mouvements occupaient tout le corps, mais le côté droit surtout; ils étaient modérés, accompagnés de lésion dans la mémoire et de maussaderies dans le caractère; teint plombé, amaigrissement. (Gymnastique.) Dans les derniers temps de son séjour à l'hôpital, il eut une rougeole qui mit fin aux accidents choréiques; il sortit guéri le 4 février. Depuis lors, le malade a ressenti, de temps en temps, quelques douleurs erratiques, est toujours sujet à la migraine, à des palpitations et des menaces de défaillance lorsqu'il marche trop vite. Aujourd'hui (octobre 1849) il a une névralgie intercostale; l'impulsion du cœur est forte et soulève la tête qui ausculte, bruit métallique au moment du choc de la pointe de cet organe contre la paroi thoracique.

Les douleurs observées chez les deux malades dont nous venons de rapporter l'histoire ont bien évidemment le caractère rhumatis-

mal ; elles sont irrégulières, occupent successivement divers points du corps, principalement les articulations ; elles ont précédé et accompagné la chorée ; de plus, les parents sont affectés de rhumatismes, et les habitations humides et sombres. Joignez à cela, chez un d'eux, une hypertrophie du cœur commençante, qui n'est pas très-rare dans de telles conditions et que dans un cas nous avons pu vérifier à l'autopsie. Eh bien, ne sont-ce pas là autant de circonstances qui plaident en faveur du rhumatisme? Quant aux 34 observations qui restent et qui rentrent dans cette catégorie, l'élément rhumatismal s'y trouve aussi manifeste que dans celles relatives à Loutre et à Laplace. Peut-être même aurions-nous pu ranger quelques-uns de ces malades dans notre première série, mais nous avons tenu, avant tout, à ne pas sortir de la connaissance exacte des faits, au risque même de rester en deçà de la réalité. Ainsi nous avons pu constater, chez quelques enfants, observés par nous dès le début de la maladie, des épanchements articulaires aux membres inférieurs ou supérieurs. sans que ni malades, ni parents, ni médecins, les eussent reconnus ni même pensé à leur existence, soit que l'intensité des mouvements choréiques ait absorbé toute l'attention, soit même que la douleur ait été assez faible pour ne pas attirer les plaintes des malades et leur permettre encore de marcher. Bien des motifs nous portent à croire, d'après les renseignements donnés, qu'il a pu en être ainsi pour certaines chorées que nous laissons néanmoins dans la 2e catégorie.

C. *Troisième série*. Faits dans lesquels les douleurs rhumatismales paraissent avoir fait défaut. — Le nombre de ces faits est bien petit, puisqu'il s'élève seulement à 13 sur 82 malades. Ce n'est donc là qu'une exception, et il faut savoir se défier des exceptions, car souvent elles ne sortent de la règle générale, que par un de ces mille détours dont l'observation médicale est parsemée et qui, méconnus d'abord, sont découverts par des investigations ultérieures. Du reste, sur ces 13 malades, 4 seulement ne donnent aucun renseignement relatif à la production du rhumatisme. Chez les 9 autres, nous trouvons que la

demeure est humide et malsaine, ou que les parents ont été affectés de rhumatisme, ou ces deux circonstances réunies, ou bien encore que c'est une jeune fille, issue d'ailleurs d'une mère rhumatisante, qui, faisant le métier de marchande des quatre saisons, est exposée à toutes les intempéries de l'atmosphère et souvent mouillée par la pluie. Enfin un cas a déjà été mentionné, comme un exemple de myélite, à propos de l'anatomie pathologique.

C'est ici le lieu de rappeler quelques-unes des difficultés que l'on rencontre, dans les hôpitaux surtout, quand on veut arriver à connaître l'histoire exacte et complète des chorées qui s'y présentent. D'abord l'âge des enfants, les troubles de la parole et de la mémoire, les empêchent de donner les renseignements nécessaires. Les parents n'y suppléent que fort imparfaitement, dans bon nombre de cas; car obligés de se livrer à des travaux longs et assidus, ils s'occupent peu de leurs enfants, qu'ils placent d'ailleurs sous la surveillance de personnes étrangères, chez des chefs d'ateliers ou dans des pensions. Les caractères mêmes des troubles choréiques contribuent à faire tomber dans l'erreur : la bizarrerie et la maladresse des malades provoquent trop souvent la colère et des châtiments sévères, de sorte que bien des plaintes sont parfois étouffées dans la crainte d'une punition nouvelle. Il n'est pas jusqu'aux hommes de l'art qui ne se soient mépris dans l'appréciation de certains accidents de la chorée; j'ai vu un médecin, fort recommandable d'ailleurs et fort instruit, traiter d'une fièvre typhoïde un malade qui mourut à la suite d'une chorée fébrile et rhumatismale, et à l'autopsie duquel les méninges présentèrent une altération visible, l'intestin restant du reste parfaitement sain; dans un autre cas de chorée également très-intense, on ne chercha pas à se rendre compte du mouvement fébrile, et l'autopsie révéla une belle péricardite.

Joignez à ces circonstances les préjugés et le désir de faire des théories médicales, et vous aurez un nouveau genre d'obstacles très-fréquents et parfois difficiles à surmonter. Pour le public, la danse de Saint-Guy, étant une maladie nerveuse, doit nécessairement et

quand même, reconnaître pour cause ou une frayeur, ou des tiraillements de nerfs, ou la *croissance*. Mais quand on scinde ces causes, on ne tarde pas à se convaincre de leur peu de valeur et de la signification qu'il faut donner au mot *croissance*.

Pour tâcher d'éviter l'erreur et avoir des renseignements complets, je suis allé visiter la demeure de tous les malades soumis à mon observation, j'ai pris des renseignements auprès de toutes les personnes qui avaient eu des rapports avec eux, tels que maîtres d'école, maîtres et maîtresses d'apprentissage, divers membres de la famille, etc., je n'ai jamais manqué de faire l'examen des articulations et du cœur ; et c'est seulement à l'aide de ces précautions et de cette sollicitude laborieuse, que j'ai pu réunir les matériaux nombreux qui m'ont conduit à des conclusions que je crois en rapport avec les faits.

Ces difficultés, apportées à la connaissance de tous les éléments de la maladie, ont, sans nul doute et dans plus d'un cas, fait passer sous silence l'existence du rhumatisme. Mais d'ailleurs, est-il absolument nécessaire que le rhumatisme articulaire ou musculaire se soit montré au début ou pendant le cours de la danse de Saint-Guy, pour qu'on ne puisse contester à celle-ci son origine rhumatismale ? Nous ne le pensons pas. Le froid est une grande cause de maladies, il a une influence immense, et peut produire, par son action sur l'organisme, des manifestations morbides extrêmement nombreuses et variées, qui toutes se relient entre elles par un lien commun, dépendant de leur origine commune, de leur nature identique. C'est avec raison que M. le professeur Bouillaud a insisté d'une manière particulière sur le rôle important que joue cette cause dans les maladies inflammatoires. Mais à côté d'elle, dans le rhumatisme surtout, vient prendre place l'hérédité.

Ces lésions et ces désordres fonctionnels sont loin de se montrer réunis dans un même groupe, sur un même malade ; ils se succèdent sous mille formes et mille variétés diverses, et à des intervalles fort irréguliers. *Le rhumatisme, par la diversité de ses formes, non*

moins que par ses rapides métastases, est un véritable Protée (Chomel et Requin, *Clinique médicale*). Cette facilité de métamorphose et de reproduction n'est jamais aussi facile que lorsqu'à l'action du froid se joint une aptitude héréditaire ; alors il s'établit, dans l'économie, une sorte de constitution rhumatismale qui peut ne se manifester que par quelques malaises, certaines sensations pénibles, et qu'on ne sait à quoi rapporter; puis, sans cause connue, ou sous l'influence de la plus légère variation de température, les symptômes deviennent plus évidents, et le rhumatisme revêt une de ses nombreuses physionomies organiques. Les mouvements choréiques peuvent être une de ses manifestations premières, quoique le plus souvent elles soient précédées de douleurs articulaires ou musculaires. Ainsi nous avons vu des malades prendre d'abord la chorée, sans qu'il ait été possible de constater l'existence de ces douleurs qui, plus tard et même après la guérison complète, se déclaraient avec une intensité variable. Or, il faut bien le reconnaître, l'apparition d'une douleur ou d'une arthrite, quinze ou vingt jours plus tôt ou plus tard, ne peut suffire pour changer la nature d'une maladie.

Ceci me conduit naturellement à exposer, en peu de mots, les modes d'association les plus fréquents du rhumatisme et de la chorée : 1° Un rhumatisme articulaire aigu se déclare et est suivi, soit au moment de la première attaque, soit à une attaque ultérieure, de l'apparition de celle-ci ; il dure plus ou moins longtemps et reparaît parfois pendant le cours de celle-ci. 2° Les douleurs rhumatismales, existant depuis une époque qui n'a rien de fixe, précèdent la danse de Saint-Guy, et prennent, pendant l'existence de celle-ci, tous les caractères du rhumatisme articulaire aigu. 3° Parfois, mais plus rarement, on ne peut constater de douleurs préalables, la chorée se déclare, puis, après un temps variable, arrivent les accidents aigus, les arthrites et les maladies du cœur (nous en rapporterons un exemple remarquable dans un instant). 4° Douleurs rhumatismales, sans fièvre, suivies, à des distances variables de la déclara-

tion de la danse de Saint-Guy, et se répétant plus ou moins souvent par la suite. 5° Apparition de la chorée, sans douleurs survenues auparavant, mais celles-ci se manifestent durant le cours ou après la disparition de cette maladie.

XIV[e] Observ. — *Apparition des phénomènes choréiques d'emblée, amaigrissement et léger mouvement fébrile qu'on ne sait à quoi rapporter; déclaration d'un rhumatisme articulaire avec endo-péricardite; mort.* — Cornet (Marie), âgée de huit ans, entre à l'hôpital des Enfants le 4 octobre 1848. Elle occupait, avec ses parents, une loge de concierge humide, sombre et mal fermée, située dans une cour étroite et entourée de maisons de toutes parts. La chorée débuta à l'époque de l'insurrection de Juin, sans qu'on ait pu constater jusqu'alors la moindre trace de rhumatisme. Les parents en attribuent la cause à la frayeur qu'aurait éprouvée la malade, pendant l'attaque du faubourg Saint-Antoine, les 25 et 26 juin. Les mouvements commencèrent par les mains, augmentèrent successivement d'étendue et d'intensité, envahirent enfin les muscles de la face et la langue. Au moment de son entrée à l'hôpital, Marie Cornet présentait une chorée générale, plus marquée du côté gauche, qui était affecté d'une faiblesse relative; oscillation des yeux, respiration et déglutition saccadées; bizarreries dans le caractère, rires et pleurs faciles, perte de la mémoire, céphalalgie; figure pâle, jaunâtre. (Bains sulfureux.) Le 15, amélioration sensible; quand la malade reste en repos, les mouvements choréiques sont extrêmement légers; rien au cœur. Le 18. Depuis quelques jours, la petite malade a maigri rapidement, a pris un teint plombé, une figure anxieuse, elle est maussade, pleure souvent, a perdu l'appétit, offre par intervalles un léger mouvement fébrile. Plus d'une fois, M. Bouley et moi avons recherché une cause organique à ces phénomènes, sans arriver à aucun résultat. Enfin elle se plaint aujourd'hui de souffrir dans les derniers doigts de la main gauche, qui sont fortement fléchis, et qu'on ne

peut chercher à étendre sans provoquer les hauts cris chez la malade; insomnie, fièvre. pouls de 104 à 108; battements du cœur réguliers, moins bien frappés que les jours précédents; accroissement des désordres musculaires. (Suppression des bains, diète.) Le lendemain, douleurs des doigts diminuées; la fluxion péri-articulaire existe toujours; légère matité à la région précordiale, battements du cœur un peu sourds, souffle évident. (Calomel et opium.)

Le 22. La figure devient inquiète et s'altère sensiblement, pesanteur à l'épigastre, souffle au premier temps et durant le petit silence, deuxième bruit très-sourd ; langue rouge, fébrile ; pouls très-fréquent, petit.—Le 23, anxiété, pleurs et jactitation; douleur à la base du sternum, augmentée par la pression et les mouvements respiratoires; battements du cœur violents; matité sensible, sans être très-étendue; bruits profonds et comme voilés par le souffle et un léger frôlement péricardique, altération rapide des traits. (Vésic. à la région précord.) Les parents reprennent leur enfant; je la revois chez elle deux jours plus tard, elle est plus mal que jamais, ne peut parler, s'agite fréquemment dans son lit; respiration fréquente, anxieuse; soulèvement remarquable de la paroi thoracique par les battements du cœur, bruits sourds et confondus avec le souffle et le frottement périphérique ; les traits sont retirés, la figure crispée et à peine reconnaissable. La mort arrive trois jours après.

Cette observation, curieuse sous tant de rapports, donne lieu à deux considérations principales, relatives à l'étiologie et au mode d'apparition des accidents. En effet, si jamais aucune de nos malades s'est trouvée dans une condition favorable à la frayeur, c'est évidemment celle-ci, qui habitait près de la Bastille, là où la résistance fut terrible et prolongée; mais cette cause invoquée perd son importance devant la connaissance de l'état de la demeure occupée par cette enfant, du rhumatisme et de la maladie du cœur qui l'ont conduite à la mort. Ce qu'il importe de remarquer surtout, c'est l'apparition de la chorée et de quelques symptômes insolites, sans qu'il ait

été observé aucun des signes ordinaires du rhumatisme, et cependant il existe, mais il ne se manifeste encore que par du malaise, de l'amaigrissement, une fièvre irrégulière et momentanée coïncidant avec une exacerbation de mouvements choréiques ; plus tard apparaissent des lésions plus graves et qui amènent un dénouement fatal. Tous ces phénomènes, toutes ces lésions, dépendent évidemment de la même cause; ils forment le tableau d'une forme particulière, d'une même espèce morbide. Eh bien, que l'on suppose pour un instant une terminaison plus prompte et favorable de la maladie, vers les premiers jours d'octobre, par exemple, alors que ni le cœur ni les articulations n'étaient atteints, eh bien! on n'aurait pas manqué de croire à une chorée indépendante du rhumatisme, et par conséquent on aurait méconnu sa véritable origine. Ce cas fait voir la liaison qui existe entre les faits semblables et ceux dans lesquels, par une cause fortuite, les symptômes communs du rhumatisme font défaut. Si donc, chez quelques malades, on rencontre la chorée avec ou sans quelques douleurs erratiques, mais coïncidant avec de l'amaigrissement, des accès de fièvre irréguliers, de la céphalalgie, parfois même des vomissements, et ce teint jaune plombé sur lequel M. Bouley, chargé du service de M. Baudelocque, appelait souvent l'attention, nous serons portés à regarder cet état morbide comme offrant des caractères qui le distinguent des névroses simples, et nous aurons la plus grande tendance à le placer dans le cadre général des chorées rhumatismales. Cette probabilité se convertit en certitude, si les malades présentent quelques-unes de ces inflammations viscérales qui accompagnent fréquemment le rhumatisme, ou qui naissent sous l'influence du froid, telles que péritonite, pleurésie, pneumonie, péricardite, méningite, etc.

Cette coïncidence du rhumatisme et de la danse de Saint-Guy avait bien été observée par un petit nombre d'écrivains; mais aucun d'eux n'avait cherché à formuler, d'une manière générale, le rapport qui lie ces deux affections, ni à démontrer leur origine commune; ils se bornent à constater le fait, qu'ils regardent comme très-excep-

tionnel, ou, s'ils font suivre de quelques réflexions les observations rares qu'ils exposent, c'est pour en tirer des conséquences étiologiques en désaccord avec l'exposé qu'ils en ont fait.

Barthez (loc. cit.) parle, en deux mots, d'une chorée goutteuse qui aurait été observée par Stahl; Sauvages (t. 1, p. 798), après avoir cité l'exemple d'une chorée succédant à un rhumatisme, la fait dépendre de la sécheresse des nerfs et de l'état acrimonieux du sang; Stoll, dans deux cas semblables, rapportés dans le tome 3 de sa *Médecine pratique,* invoque la pituite, amassée dans les premières voies. Cependant, lui qui connaissait si bien la multiplicité des formes du rhumatisme et qui écrivait *qu'aucun organe ne peut lui échapper,* ne devait pas laisser passer entièrement inaperçue la relation qui existe entre le rhumatisme et la chorée; il l'entrevit, sans songer, il est vrai, à la généraliser, et, après avoir indiqué, dans son admirable tableau de la fièvre rhumatismale (loc. cit.), les diverses régions que peut envahir le rhumatisme, il ajoute aussitôt: *Convulsiones tenuiorum, inde chorea sancti Withi.* Mais, hâtons-nous de le dire, de tous les ouvrages didactiques ou classiques que nous avons eu à notre disposition, c'est le seul où l'on trouve admise la réalité de cette coïncidence; les plus modernes même n'en font pas la moindre mention, ou, s'il arrive à quelques-uns d'en dire un mot, c'est tout simplement pour en rejeter la possibilité et sans discussion préalable. En vain nous avons fouillé dans les auteurs dont les travaux précieux sur le rhumatisme sont bien connus, nous les avons toujours rencontrés muets sur ce point. Il est vrai que l'on trouve, dans les recueils périodiques et dans certaines monographies, quelques faits épars où l'élément rhumatismal se trouve associé aux désordres choréiques. Bouteille en a rapporté une observation dans son livre, sous le nom de *chorée rhumatico-brachiale;* mais il a méconnu la nature de deux autres cas qu'il expose sous le titre de *chorée sternalgique* et de *chorée onanismique,* et dont les détails prouvent, d'une manière suffisante, leur origine rhumatismale. A une époque plus rapprochée de nous, M. Trousseau (mém. cité,

obs. 3) cite le fait d'une jeune fille de seize ans, qui, prise de rhumatisme articulaire aigu le 20 août, vit apparaître les symptômes de la chorée dans les premiers jours de septembre suivant ; mais ce fait passe à peu près inaperçu, et l'auteur ne cherche à en tirer aucune conséquence. Il en est ainsi de MM. Rilliet et Barthez (*Traité des maladies des enfants,* art. *Chorée*), qui d'ailleurs, ne citant que des tronçons d'observations, laissent ainsi l'esprit dans le doute et l'obscurité sur les caractères et la valeur des faits qu'ils exposent. Toutefois on y trouve sûrement un exemple de chorée rhumatismale, terminée par la mort, et à l'autopsie duquel on reconnut l'existence d'une péricardite ; mais ces auteurs se hâtent d'ajouter de bien prendre garde de considérer cette affection comme ayant pu concourir à la terminaison fatale. Les médecins anglais ont été beaucoup moins exclusifs, et quelques-uns ont cru devoir donner de la danse de Saint-Guy une théorie qu'ils ont cru en rapport avec leurs observations. Copland et Rœser ont constaté l'influence du froid sur le développement de cette maladie, et ils citent deux malades (voir le chapitre des lésions de la chorée) chez qui elle a coïncidé avec un rhumatisme articulaire, une péricardite et une méningite. M. Prichard, après avoir constaté, dans trois cas, l'injection et l'hypersécrétion des méninges rachidiennes, la considère comme une dépendance et une manifestation fonctionnelle de ces lésions ; mais il ne va pas au delà, il ne cherche point à savoir si ces lésions elles-mêmes ne dépendraient pas d'une cause générale et primitive ; en un mot, il n'a pas vu le lien qui unit au rhumatisme cet état morbide des méninges et les mouvements choréiques. Le Dr Richard Bright a été plus près de la vérité (*Gaz. des méd. prat.*, n° 12, 1840, indication fournie par mon ancien maître M. Requin). Après avoir rapporté en détail l'observation d'un jeune garçon, âgé de dix-sept ans, pris successivement de rhumatisme articulaire, d'endo-péricardite, de phénomènes convulsifs et de chorée, il se borne à rappeler cinq cas de cette coïncidence observés dans sa pratique, d'où il tire cette conclusion, *que la péricardite doit être considérée comme*

une des causes de la danse de Saint-Guy. C'est là évidemment une conclusion peu rigoureuse en bonne nosologie : la péricardite, aussi bien que la chorée, est une affection secondaire ou symptomatique, et l'une d'elles ne peut être considérée comme cause de l'autre; toutes deux, et au même titre, sont sous la dépendance d'un même principe qui donne naissance à des désordres multipliés et disséminés sur différents points. M. Bright se garde bien de faire intervenir le principe rhumatismal; une lésion du cœur ou de la plèvre diaphragmatique lui suffit, peu lui importe la cause, et dès lors, par une explication toute mécanique, il charge le nerf phrénique de semer le trouble dans les centres nerveux, d'où, suivant cet auteur, l'apparition des symptômes choréiques. A part les théories qui, le plus souvent, sont loin d'être parfaites, et dont la science a peu besoin, nous avons trouvé quelques observations importantes et dont il faut tenir compte, car elles prouvent que ce n'est pas seulement d'aujourd'hui que la liaison entre le rhumatisme et la chorée existe, et qu'on aurait pu, à l'aide d'un examen plus philosophique et mieux dirigé, lui donner sa formule à une époque antérieure.

Si je voulais m'attacher à l'analyse de toutes les observations que j'ai pu trouver dans les annales de la science, je pourrais en produire un certain nombre, renfermant des détails importants et capables de mettre sur la voie de la vérité : ainsi on rencontre des malades affectés de chorée rebelle, et qui ont été délivrés par des applications de sangsues, des frictions irritantes ou narcotiques sur la tête et le long de la colonne vertébrale. J'en ai deux exemples entre les mains, empruntés au service de Dupuytren, et que je dois à l'obligeance de l'un de mes maîtres, M. le professeur Laugier; ils sont relatifs à deux garçons de quinze ans, dont la chorée, accompagnée par moments de douleurs erratiques et de rachialgie, s'exaspérait sous l'influence des bains froids et des pilules de Méglin. Des sangsues appliquées le long du rachis, et un séton à la nuque chez l'un d'eux, amenèrent une guérison rapide.

Cette manière d'envisager la danse de Saint-Guy peut-elle recevoir

une atteinte sérieuse des objections tirées : 1° de l'existence de quelques chorées intermittentes ou périodiques, 2° de la prétendue rareté du rhumatisme chez les enfants, 3° de l'époque de la vie à laquelle elle se montre de préférence? Nous ne le pensons pas. 1° Et d'abord nous disons que, s'il existe des chorées intermittentes, cette marche a été également observée dans le rhumatisme dont Stoll et Barthez ont rapporté des exemples, que d'ailleurs une chorée rhumatismale s'est montrée sous ce type et a été observée par M. L. Bassereau, à l'hôpital Saint-Louis. La périodicité n'exclut donc pas l'idée de rhumatisme, à moins qu'on ne regarde tous ces faits comme des fièvres intermittentes larvées, et dès lors disparaîtraient également les chorées périodiques. Le rhumatisme n'est pas très-rare chez les enfants, et il n'est peut-être aucun âge de la vie où il ne puisse se montrer : pour mon compte, je l'ai observé sur un petit garçon de trois ans, entré dans le service de M. Baudeloque, en février 1848, présentant une contracture générale et une double arthrite du poignet et du doigt annulaire gauches. Stoll, qu'on ne saurait trop consulter, surtout quand il s'agit du rhumatisme, regarde cette maladie comme fréquente chez les petits enfants et les filles : « Convulsio a rheumate in infantibus, tenerioribus, fœmellis ; « frequens morbus. » Toutefois, il faut le reconnaître, dans les premières années, cette maladie se montre rarement, mais elle devient beaucoup plus commune dans la seconde enfance, et surtout de dix à quinze ans. Or, n'est-ce pas de cette manière que procède la chorée ? Elle se manifeste, en effet, de préférence à cette époque, beaucoup moins à cause des approches de la puberté, que par la fréquence du rhumatisme plus grande, à ce même âge de la vie, que dans les années précédentes. Lors donc que l'on a dit, d'une manière générale et sans distinction des âges, que cette affection est rare chez les enfants, on a évidemment commis une confusion et une erreur. Mais, cette distinction une fois établie, le rhumatisme ne devient plus une maladie vraiment rare ; il peut se montrer à l'état aigu, suivi d'affections du cœur et d'hydropisies, mais beau-

coup plus fréquemment à l'état subaigu ou chronique et apyrétique. M. Chomel ayant observé sur un théâtre d'adultes, il n'y a rien d'étonnant à ce que ses relevés statistiques renferment un nombre si faible d'enfants. 3° Pourquoi la chorée se déclare-t-elle de préférence dans la seconde enfance, quand le rhumatisme est cependant aussi commun à d'autres périodes de la vie? Nous pourrions nous contenter de répondre par le fait lui-même, car l'observation clinique plane au-dessus de toutes les explications, elle se suffit à elle-même, et, s'il arrive que nous ne puissions nous rendre raison d'un fait, nous devons nous garder d'en atténuer la valeur à titre de chose inexplicable et mystérieuse. Cependant, dans la question actuelle, on peut dire, avec une apparence de raison, que, sous l'incitation de la cause rhumatismale, le système nerveux produira des désordres musculaires avec d'autant plus de facilité, qu'à cette période de son développement la force coordinatrice des mouvements volontaires tend à s'établir, et qu'il existe une sorte de lutte entre la volonté et l'instinct. N'oublions pas, d'un autre côté, que la danse de Saint-Guy se montre à tous les âges, est commune de quinze à vingt ans, d'après M. Bell, alors que les conditions physiologiques ne sont plus les mêmes. Aussi attachons-nous beaucoup plus d'importance au résultat clinique qu'à l'explication que nous avons donnée.

Nous demandons pardons à M. Rostan de n'avoir pu tenir aucun compte, dans le cours de ce travail, des objections qu'il a bien voulu nous faire, à savoir : *que la coïncidence du rhumatisme et de la chorée n'a jamais été observée par lui, et qu'elle n'entre pas dans ses idées*. Quant à nous, nous l'avons constatée et nous croyons à son existence, de concert avec des hommes du plus grand mérite, abandonnant d'ailleurs à l'illustre défenseur de l'organicisme la possession d'un cause (la frayeur) destinée, sans doute, à jouer un rôle brillant dans la doctrine des altérations d'organes.

Si maintenant nous cherchons à résumer les idées principales développées dans cette dissertation, nous trouvons :

1° Que le rhumatisme et la chorée se caractérisent anatomiquement par des lésions de même nature et pouvant siéger sur les mêmes organes ;

2° Que les causes morales attribuées à la chorée, n'ont qu'une influence primitive très-faible et douteuse ;

3° Que ses causes réelles et efficaces sont les mêmes que celle du rhumatisme ;

4° Que la coïncidence de ces deux maladies est prouvée par un grand nombre de faits, et par le raisonnement (*ratio et observatio*) ;

5° Que les exceptions sont trop peu nombreuses pour que l'on doive leur accorder une importance qu'elles ne semblent pas mériter ; que d'ailleurs on trouve dans certaines conditions de famille ou d'hygiène, et même dans certains symptômes de la maladie, des motifs suffisants pour les faire rentrer dans la règle générale ;

6° Qu'enfin la chorée nous paraît être considérée comme une affection rhumatismale, et trouver sa raison physiologique dans le rhumatisme des centres nerveux.

D'UNE

OPÉRATION NOUVELLE

DIRIGÉE CONTRE

LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

> Oui, l'exercice de la chirurgie émousse cette sensibilité du corps qui trouble les sens; mais il laisse intacte et pure cette sensibilité virile qui compatit à la douleur, qui relève le courage abattu, laisse à l'homme de l'art assez de sang froid pour remédier à un accident imprévu, et se concilie avec une inébranlable fermeté.
>
> (CRUVEILHIER.)

Au milieu des progrès incessants de la chirurgie et de la médecine opératoire, le traitement des polypes des fosses nasales et du pharynx paraissait oublié ou du moins abandonné à des méthodes depuis longtemps connues, et très-souvent inefficaces. Aussi, à une époque peu éloignée de nous (voir la *Nosologie naturelle* d'Alibert), il n'était pas très-rare de rencontrer des individus, qui, après avoir vainement imploré les ressources de l'art, succombaient délaissés aux progrès d'une maladie réputée incurable. Mais il a été fait, dans ces dernières années, quelques tentatives heureuses qui semblent devoir resserrer de plus en plus le champ des contre-indications. Parmi ces opérations récentes, il en est une qui nous paraît avoir une utilité inconstestable, et dont nous voulons nous occuper ici, à savoir: l'incision du voile du palais et la résection de la voûte palatine. Elle a deux raisons d'être principales, et qui sont capitales.

a. *Les difficultés et souvent l'impossibilité d'arriver à la cure radicale des polypes naso-pharyngiens, à l'aide des méthodes opératoires ordinaires.*

Elles tiennent à diverses circonstances que nous allons examiner en quelques mots : 1° le siége de ces tumeurs dans une région profonde, très-difficile à explorer, inaccessible à l'œil et d'une grande sensibilité ; 2° l'impossibilité où l'on se trouve de pouvoir conduire d'une manière exacte et précise l'action des instruments sur un point déterminé ; 3° le volume du pédicule qui presque toujours est étendu ou attaché sur plusieurs points à la fois ; 4° le mode et le siége de son origine, sur le tissu fibreux, situé en dehors de la muqueuse, le périoste ou le périchondre (il est bien entendu que nous n'avons en vue que les polypes durs) ; de sorte que ce pédicule doit être attaqué profondément, si l'on veut éviter une répullulation. Or, la ligature ne peut remplir ce but, elle laisse en place la totalité ou une partie de la racine ; la cautérisation et l'excision ne peuvent y conduire d'une manière sûre et précise, et sans exposer à des accidents graves ; l'arrachement aurait quelques chances de réussite, mais on ne doit s'en servir que dans une certaine mesure ; 5° les accidents ou lésions, parfois mortels, qui surviennent après l'emploi de ces méthodes. Ces considérations sont pleinement justifiées par l'opinion bien arrêtée dans l'esprit des chirurgiens, écrite dans tous les traités de médecines opératoire, que la répullulation des polypes est extrêmement fréquente, est une chose devenue en quelque sorte proverbiale, prouvée par leur pratique journalière et par les observations recueillies dans la science, et qui sont ici d'une grande valeur.

En effet, cette valeur ne peut leur être enlevée par celles relatives à des maladies qui disparaissent en peu de jours ou quelques semaines après l'opération, et dont il n'est plus fait mention ; celles-ci doivent être considérées comme non avenues. Dès-lors les cas de récidive deviennent nombreux, car ceux où la guérison radicale a été parfaitement constatée sont très-rare ; encore faut-il noter certaines

circonstances qui constatent l'ablation de la surface où se faisait l'insertion ; ainsi, c'est M. Syme qui excise avec le polype une partie du cartilage de la cloison ; c'est M. Cabaret qui est assez heureux pour tomber sur un polype inséré sur un os grèle et fragile (vomer), et qui se laisse arracher avec la tumeur. Il est bien entendu que, si la surface qui sert à l'implantation se trouve enlevée, il n'y aura plus lieu à répullulation ; mais ce sont là des faits exceptionnels qui portent avec eux la raison même de leur particularité, sans affaiblir en rien la valeur des récidives observées. Parfois le nombre en est prodigieux ; je citerai, entre autres exemple, l'observation d'un garçon de dix-neuf ans, recueillie par M. Laugier dans le service de Dupuytren, qui fut opéré pour la *vingt-cinquième fois,* et sorti de l'Hôtel-Dieu sans être entièrement débarrassé de sa maladie.

b. *La résection partielle de la voûte palatine avec l'incision du voile du palais, en mettant le polype à découvert, permet d'agir à volonté sur le pédicule, et d'en détruire les dernières racines.*

En répétant sur le cadavre cette opération telle qu'elle a été pratiquée deux fois sur le vivant par M. Nélaton, son inventeur, et telle que nous le décrirons dans un instant, on obtient une échancrure médiane de forme quadrilatère, et deux lambeaux latéraux flottants qui, relevés avec des érygnes, laissent découvrir à l'œil les points où peuvent s'insérer les polypes dont nous avons parlé. Ainsi, on aperçoit les parois postérieure et latérale du pharynx, les trompes d'Eustache et les sinus qui s'avancent fortement en dehors en longeant leur bord inférieur, l'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde, le vomer en partie réséqué, le bord postérieur et la face interne des apophyses ptérygoïdes, l'extrémité postérieure des cornets inférieurs et moyens dans l'étendue d'environ 17 millimètres. De cette manière on arrive jusqu'au point de réunion de l'othmoïde et du sphénoïde, et jusqu'au niveau du trou sphéno-palatin ; mais l'exploration avec le doigt peut aller plus loin et s'étendre à la partie postérieure de la paroi nasale du sinus maxillaire, exploration qui sera rendue plus facile, et sans le moindre inconvénient, par une ablation plus étendue

de la cloison. Or, les polypes appelés naso-pharyngiens n'offrent pas d'autres points d'origine; l'opérateur peut les explorer à son aise. et porter sur eux tous les instruments et les caustiques jugés nécessaires pour arriver à une destruction complète; c'est là l'immense avantage offert par cette méthode opératoire qui, d'ailleurs, est d'une exécution facile et simple.

Manuel opératoire. — Premier temps. Le chirurgien fait ouvrir largement la bouche du patient, saisit avec une pince convenable le voile du palais, qu'il divise, sur la ligne médiane, à l'aide du bistouri ou des ciseaux, prolonge cette incision sur la voûte palatine dans l'étendue de 2 centimètres. Il doit avoir soin de faire pénétrer le bistouri jusqu'aux os.

2e *temps.* A l'extrémité antérieure de cette première incision, que l'on peut regarder comme la branche verticale d'un T, il en fait une seconde transversale, également longue de 2 centimètres, et qui représente la branche horizontale du T; puis il décolle la muqueuse à droite et à gauche avec un grattoir, un crochet mousse, ou même une spatule.

3e *temps.* A l'aide de ciseaux droits dirigés transversalement le long du bord postérieur de la voûte, il en sépare la lame supérieure du voile du palais dans l'étendue de 1 centimètre de chaque côté, et sans toucher en rien aux lambeaux palatins décollés.

4e *temps.* Chacun de ces lambeaux est accroché d'une érigne maintenue par un aide, la voûte est perforée avec un poinçon aux deux extrémités de la section palatine transversale, et d'un seul coup la pince de Liston fait éclater la portion osseuse intermédiaire aux deux perforations, et avec elle une bonne partie du vomer.

En retirant les parcelles d'os restées adhérentes à la muqueuse des fosses nasales, il faut bien prendre garde de l'enlever, on se

borne à la diviser sur la ligne médiane et à la rejeter au besoin à droite et à gauche, car plus tard accolée à la membrane palatine, elle donnera naissance à une nouvelle sécrétion osseuse ou fibro-cartilagineuse.

L'opération capitale étant terminée, il devient facile d'agir sur le polype et d'en faire l'excision avec des ciseaux courbes. C'est de cette manière que se conduisit M. Nélaton à l'égard des deux malades dont nous allons raconter l'histoire; il ne fit aucun point de suture, se proposant de détruire, les jours suivants, les restes du pédicule.

1[re] Observation. — *Polype fibreux inséré sur l'atlas, l'apophyse basilaire et sphénoïde ; hémorrhagies nombreuses et abondantes ; résection de la voûte palatine, excision du polype, et cautérisation des restes du pédicule ; staphyloraphie heureuse ; guérison radicale.* — Eugerer, âgé de seize ans, chapelier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Nélaton, le 13 décembre 1848. Depuis un temps mal limité, ce jeune homme éprouvait un peu de nasonnement dans la voix, de difficulté à respirer par le nez, mais il n'y attachait aucune importance et s'en occupa peu.

Ce serait seulement trois semaines avant son entrée dans nos salles que les accidents auraient fixé son attention. Jusqu'au 5 décembre, tout se borna à une gêne variable dans la respiration, la phonation et la déglutition à de la céphalalgie ; mais, à partir de ce jour, il survint des hémorrhagies par l'enveloppe du polype, accident grave et qui menaça de faire périr le malade. Dans l'espace d'une semaine. il eut huit hémorrhagies plus ou moins abondantes, mais bien caractérisées ; la dernière eut lieu dans la matinée du 13, elle fut évaluée à un litre et demi environ. Mais le malade était dans un état de faiblesse et d'anxiété qui firent craindre pour sa vie.

Le 14 décembre, il a perdu deux crachoirs de sang pendant la nuit ; mais depuis il n'est survenu aucune hémorrhagie importante.

On attend quelques jours que le malade ait repris des forces, et

l'on procède à l'opération le 27 décembre. On reconnaît aisément le polype en portant le doigt derrière le voile du palais ; il offre un volume médiocre, est extrêmement dur, arrondi, se laisse circonscrire, si ce n'est tout à fait en haut et en avant, vers l'ouverture postérieure des narines, qui semblent fermées par la tumeur, surtout le gauche, mais sans qu'il y ait aucune saillie anormale sur le visage ; le voile du palais est déprimé, sans qu'il soit possible de rien apercevoir au-dessous.

M. Nélaton fait placer le malade sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, et procède à l'incision du voile du palais et à la résection de la voûte palatine, comme nous l'avons indiqué tout à l'heure. Alors le polype nous apparaît à travers l'échancrure pratiquée, et il est facile de reconnaître son insertion par un pédicule large et court sur le corps du sphénoïde et la partie attenante de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde gauche, sur l'os basilaire et le tubercule antérieur de l'atlas. Saisissant la tumeur de la main gauche, dont les doigts servent de guide à l'instrument, l'opérateur conduit de la main droite, à travers l'échancrure, une paire de ciseaux courbes sur son pédicule, et cherche à l'enlever en rasant, d'aussi près que possible, les surfaces d'implantation. Cette ablation du polype a été accompagnée de la perte d'une certaine quantité de sang, beaucoup plus fatigante que douloureuse pour le malade, mais aussi plus pénible pour le chirurgien que l'opération préalable. Que serait-ce donc si, en pareil cas, on voulait employer l'excision comme méthode simple et unique? Le malade est replacé dans son lit, fait usage d'une boisson et de gargarismes acidulés, et aucune hémorrhagie véritable ne survient. L'examen de la pièce pathologique fait reconnaître un polype fibreux, à fibres très-condensées, offrant une dureté comme pierreuse, quelques vaisseaux disséminés dans son intérieur, recouvert d'une enveloppe muqueuse très-vasculaire ; il est assez bien arrondi et du volume d'une poire d'Angleterre tout au plus.

Le lendemain de l'opération, on trouve réunis spontanément les

deux lèvres de la plaie ; elles sont décollées, car on veut se réserver une voie qui permette d'agir sur la racine du mal. Le 30, douleur vive à la région du cœur, cris et grande anxiété durant un quart d'heure environ ; quelques instants après, les accidents se calment. Le lendemain matin, à cinq heures, frisson et signes d'une péricardite. (6 ventouses, poudre de digitale.) Le 1er janvier, douleur très-légère, frottement péricardique (sorte de lapement) le long du bord gauche du sternum ; bruits du cœur profonds, un peu sourds, réguliers ; légère matité sans voussure sensible ; pouls ordinaire, à peine fréquent ; un peu de chaleur à la peau, pâleur chlorotique, souffle carotidien. (Même prescription.) Le 3, le bruit de lapement a disparu, pour faire place à une sorte de souffle superficiel ; aucune douleur, presque sans fièvre (quelques aliments). A partir de ce moment, l'amélioration a été croissante, un peu de diarrhée a persisté quelques jours seulement, et le 15 janvier, on commence les cautérisations sur les racines du polype avec le caustique de Filhos : 11 ou 12 sont pratiquées jusqu'au 5 février. Enfin, voulant en finir avec ces débris, on y porte le fer rougi à blanc, six jours plus tard, après avoir chloroformé le malade et garanti la langue et les bords de l'échancrure à l'aide du manche de trois cuillers.

Pendant tout le temps qu'ont duré les cautérisations, les bords de cette ouverture artificielle étaient assez écartés pour admettre librement entre eux le bâton de caustique dont le volume équivalait au moins à celui du doigt médius d'un homme vigoureux. Depuis il s'est fait un rétrécissement latéral et longitudinal, la fente a diminué d'étendue. Aujourd'hui, 13 mars, le caustique ne pourrait plus passer. Sur la ligne médiane, on voit en avant une cicatrice blanche, déprimée, offrant une longueur de 8 millimètres d'avant en arrière, et comblant ainsi une partie de l'espace réséqué, elle est dure, résiste sous le doigt, présente une fermeté d'autant plus grande, qu'on l'examine plus près des parties dures laissées en place ; de sorte qu'il paraît se former là une sécrétion osseuse ou cartilagineuse destinée à remplacer les portions d'os enlevées par

l'opération. Du reste la plaie transversale est cicatrisée et réunie depuis longtemps.

Le 20 mars, staphyloraphie ; M. Nélaton fait l'avivement des bords du voile du palais avec le bistouri, sans toucher à la partie de l'échancrure qui rentre dans la voûte palatine ; puis il passe, à 2 millimètres et demi environ du bord libre des deux lambeaux, trois fils simples d'avant en arrière pour le côté droit, et d'arrière en avant pour le côté gauche. Les nœuds sont parfaitement serrés avec les doigts et une longue pince. La réunion ainsi faite dans ce point, il reste immédiatement en avant, dans la partie postérieure et médiane de la voûte, une ouverture elliptique, qui se trouve encore rétrécie par le fait seul de la staphyloraphie. Le malade est mis à la diète la plus absolue, avec défense de parler. Le lendemain, on trouve l'adossement parfait, aucun tiraillement ne paraît exister ; le malade n'a souffert que de la soif, qui est très-vive, il veut absolument boire ; pas la moindre fièvre. Le 22, de temps en temps il s'est désaltéré en avalant quelques cuillerées de tisane, sans éprouver ni toux, ni aucun autre mouvement spasmodique qui pût indiquer un trouble dans l'accomplissement de cette fonction. Il est survenu du gonflement et de la rougeur, un liseré grisâtre siége le long de la suture, il paraît exister un peu d'étranglement ; on enlève le fil médian. Le 23, les bords correspondants de cette partie de la suture sont restés agglutinés ; on enlève les deux autres fils. Le 24, tout est resté en place, mais l'extrémité du lambeau gauche de la luette est tombé en sphacèle. (Bouillon.) Le 25, moins de tuméfaction ; le liseré grisâtre a disparu, et les parties présentent un aspect rosé. Le 27, le malade a été moins tranquille, il a parlé ; la partie antérieure de la suture est décollée dans l'étendue de quelques lignes, et, un peu au-dessous, les deux lèvres de la plaie déjà écartées ne sont plus unies que par une toile glutineuse extrêmement mince, qui le lendemain n'existe plus. Le 29, la désunion paraît limitée, elle occupe les deux tiers antérieurs environ, le tiers postérieur seul est

resté réuni. Le 31, les bords de la fente se recollent progressivement d'arrière en avant, et le 2 avril, la moitié postérieure du voile est réunie. Le 6, la fente restante n'offre plus que 13 millimètres de longueur environ, encore est-elle comprise presque exclusivement dans la voûte. Du reste sa forme est elliptique, et son étendue transverse a très-notablement diminué. Il fait beau temps, et sur les invitations qui lui sont faites, le malade quitte l'hôpital.

Depuis ce moment, nous avons revu Eugerer par intervalles, et toujours nous avons remarqué un rétrécissement nouveau de la perforation palatine. Aujourd'hui 29 mars 1850, c'est-à-dire *plus de quinze mois* après l'opération, nous constatons qu'il n'existe *aucune apparence de répullulation du polype*. L'ouverture du palais est à peu près linéaire ou très-légèrement elliptique, large de 1 à 1 ½ ^{mm}, longue de 7^{mm} tout au plus. Les bords en sont mous et souples dans la partie attenante au voile du palais ; mais le pourtour de la commissure antérieure offre une dureté et une résistance qui rappellent sans cesse l'idée d'une sécrétion osseuse. La partie postérieure du voile se termine par deux petites cornes, séparées par une échancrure peu sensible. Le timbre de la voix a bien peu changé depuis la sortie du malade de l'hôpital ; elle est toujours nasonnée ; mais elle ne l'empêche nullement de se faire comprendre. La déglutition des solides et des liquides s'opère facilement, aucun d'eux ne revient par le nez. L'olfaction et l'audition sont intactes.

Je dois mentionner ici un fait physiologique qui a fixé l'attention de toutes les personnes qui ont examiné le jeune homme qui fait le sujet de cette observation.

Sous les efforts de vomissements faits pendant les cautérisations, et pendant les tentatives de déglutition que nous faisions faire à notre malade, on voyait les deux lambeaux du voile du palais se redresser, se durcir et se rapprocher un peu ; ses piliers se porter vers la ligne médiane, en même temps qu'un large pli, ressemblant à une valvule, à convexité antérieure, se formait sur la partie postérieure du pharynx, à 4 centimètres environ au-dessous de l'apo-

physe basilaire. Ce pli, qui commence un peu au-dessous du voile du palais, devenu horizontal, se portait par une sorte de mouvement de bascule, en haut et en avant, de manière à fermer hermétiquement, s'il n'y avait pas eu division, la portion supérieure ou nasale du pharynx, qui d'ailleurs demeurait dans l'immobilité absolue. M. le professeur Bérard, à qui j'ai présenté ce malade, a regardé ce pli comme tout à fait distinct de celui mentionné par M. Debrou, et dont le siége est plus élevé. Nous avons cherché à nous rendre compte de ce fait physiologique, et nous avons pensé qu'il résidait dans la disposition anatomique et l'action des muscles constricteur supérieur et staphylo-pharyngien. Au moment où va s'accomplir le phénomène dont nous avons parlé, le constricteur supérieur, par ses fibres moyennes ou transverses, attire en avant la paroi postérieure du pharynx, et forme là une bride tendue et d'abord peu masquée; alors ses fibres descendantes ou inférieures, qui lui viennent en grande partie du faisceau de renforcement né de l'apophyse ptérygoïde, unissant leur action à celle des muscles staphylo-pharyngiens, font basculer en avant de cette bride la paroi postérieure de la portion buccale, qui, par cela même, va former la valvule obturatrice. Est-ce là un fait physiologique normal : alors il porte singulièrement atteinte à la théorie de quelques auteurs, et notamment de Müller, sur la déglutition. N'est-il, au contraire, qu'un fait anormal, que le résultat d'une action pathologique : il perd de son importance.

II[e] Observ. — *Polype à trois lobes, inséré dans la fosse nasale gauche et le sinus sphénoïdal de ce côté; fièvre et suppuration par les deux oreilles et les fosses nasales avant et au moment de l'opération; résection de la voûte palatine et ablation d'une partie de la tumeur; hémorrhagie et aggravation des accidents. Mort.* — Fosson, âgé de vingt et un ans, domestique dans une ferme, entre, le 18 octobre 1849, dans le service de M. Nélaton, pour s'y faire traiter d'un polype naso-pharyngien. (Mon collègue M. Notta, en mettant

ses notes à ma disposition, m'a mis à même de compléter cette observation dans tous ses détails.) Il n'a jamais eu de maladie se rattachant à celle-ci, n'a eu dans son enfance ni épistaxis ni hémoptysie, n'est point sujet à s'enrhumer du cerveau; absence de circonstances héréditaires.

Il y a un an qu'il ressentit les premiers symptômes de la maladie qu'il porte aujourd'hui: il observa un enchifrènement d'abord passager, puis continuel; six mois plus tard, l'ouïe devint un peu dure; depuis quatre mois, il éprouve de la gêne dans la gorge, par suite du développement de la tumeur, et c'est seulement depuis cinq semaines qu'il a cessé ses travaux ordinaires, à cause de la difficulté qu'il éprouve dans la respiration. Première hémorrhagie, d'un verre environ, au mois d'août dernier; le sang coule surtout par la bouche, très-peu par le nez. En septembre, deux nouvelles hémorrhagies semblables. En octobre, le malade perdit un demi-litre de sang. Ces hémorrhagies le soulageaient, la tête se trouvait dégagée; du reste, aucun changement dans la nutrition. Il y a trois semaines, un pharmacien, qu'il alla consulter, lui fit appliquer 12 sangsues au cou et des cataplasmes; quelques jours plus tard, il lui administra dans la bouche deux ou trois coups de lancette, qui donnèrent issue à une très-faible quantité de sang: voilà tout le traitement mis en usage. —Le 21 décembre. Sujet moyennement développé, peau flasque, peu de barbe, aucune cicatrice à la peau; il respire bruyamment, et la bouche ouverte. La bouche étant fermée, si l'on obture successivement chaque narine, et que l'on fasse faire une forte expiration, l'air ne peut passer par la fosse nasale, restée libre. La déglutition est assez difficile; depuis trois jours seulement, il ne peut plus avaler de pain, malgré la possibilité de la mastication; toutefois la soupe passe aisément. Surdité absolue de l'oreille gauche; rien du côté des voies lacrymales, mais un peu d'exorbitis à gauche; voix nasonnée, difficile et douloureuse. On constate, dans l'arrière-gorge, le voile du palais de couleur normale, tendu, refoulé en bas et en avant, de telle sorte qu'il forme avec la voûte palatine un angle de

80 degr. à sinus antérieur ; son bord libre repose sur la base de la langue. En écartant cet organe du voile du palais, à l'aide d'une spatule, on découvre la face antérieure de la tumeur, ayant un aspect rosé, lisse, mais offrant à son extrémité inférieure quelques ulcérations grisâtres et irrégulières. Au toucher, elle est dure et lisse; le doigt ne rencontre pas d'adhérence entre elle et la paroi postérieure du pharynx, passe librement entre elle et le voile du palais. elle paraît s'implanter à la face inférieure du corps du sphénoïde, et se prolonge dans l'arrière-cavité des narines (principalement à gauche), qu'elle remplit en grande partie. En effet, l'inspection au grand jour, par l'orifice antérieur, constate un prolongement grisâtre au fond de cette cavité. — A son entrée dans le service, le malade n'éprouvait que de la gêne, mais depuis lors il a été soumis à un examen répété, et aujourd'hui il souffre considérablement dans la région affectée. Cette douleur est accrue par la pression derrière l'angle de la mâchoire, du côté gauche seulement; là il est facile de constater l'existence de quelques ganglions engorgés mobiles, et d'une fluxion dans le tissu cellulaire. — Le séjour à l'hôpital a diminué légèrement l'appétit.

Le 24. Il s'est déclaré un écoulement purulent considérable par le conduit auditif gauche, sans qu'on aperçoive ni rougeur ni gonflement dans sa partie externe ; tuméfaction douloureuse derrière l'angle du maxillaire inférieur, déglutition plus difficile et plus douloureuse, peau chaude, pouls fréquent. (Eau de Sedlitz, diète.)

Le 26. Il s'est manifesté tout à coup une otorrhée directe semblable à celle du côté opposé. L'exorbitis de l'œil gauche n'est accompagnée d'aucune lésion de l'œil, des paupières, ni des voies lacrymales. Le voile du palais est fort rouge; il porte sur son bord libre ou postérieur quelques ulcérations superficielles, recouvertes de concrétions pultacées blanchâtres. — Nouveau purgatif.

Le 28. Les symptômes inflammatoires locaux sont légèrement améliorés, mais il existe toujours de la fièvre et tous les autres phénomènes mentionnés.

Opération. L'incision du voile du palais est faite d'arrière en avant avec des ciseaux, celle de la voûte palatine avec un bistouri à lame courte et forte. Le périoste ayant été exactement coupé dans tous les points de la division en T, le décollement de la muqueuse fut rapide et facile; un crochet mousse suffit. Alors on coupe, à l'aide de ciseaux, le feuillet supérieur du voile, dans le point où il se continue avec la membrane de Schneider. La partie de voûte découverte est ramollie, détruite même par intervalles; aussi les deux branches d'une petite pince de Liston, introduites dans les deux perforations, la font éclater avec une extrême facilité en fragments rendus dans les crachats. La muqueuse nasale, déjà en partie détruite et ulcérée, s'est trouvée ouverte dans ce temps de l'opération, de sorte qu'on n'a pas eu besoin de l'inciser. Le polype se découvre largement, est saisi par une érigne de Museux pendant qu'on en résèque le pédicule avec des ciseaux. En portant le doigt à la partie latérale gauche et supérieure des fosses nasales, on constate la présence d'un reste de la tumeur ; mais M. Nélaton, à cause de la fatigue du malade, préfère en remettre l'extraction à un autre jour.

Aussitôt après l'enlèvement du polype, l'audition est devenue bien plus facile et plus nette, et malgré la division du voile du palais, la parole et la voix paraissent un peu moins nasillardes. Deux heures après l'opération, le malade a perdu une assez grande quantité de sang, a eu une garde-robe sanguinolente ; il est pâle, faible, et près de tomber en syncope. L'hémorrhagie continuant, M. Notta porte, à l'aide d'une pince de Museux, au fond de la plaie, un fragment de glace qu'il y maintient pendant dix minutes et qui arrête aussitôt l'écoulement sanguin. — Le soir, aucun accident n'est survenu, le malade reste pâle et très-faible. (Bouillons, vin sucré.)

Examen de la tumeur enlevée. Elle a le volume d'un gros œuf de poule, est assez bien arrondie, un peu aplatie d'avant en arrière, mollasse au toucher, offrant toutefois des noyaux plus durs dans son épaisseur ; elle est recouverte d'une membrane muqueuse rosée et très-adhérente. Elle n'a pas de pédicule bien sensible. On re-

connaît à la coupe un tissu fibreux nacré, amorphe, parsemé çà et là de quelques noyaux plus résistants, criblé *d'une multitude* de petits orifices qui sont les bouches béantes des nombreux vaisseaux qui la sillonnent. Au microscope, M. Robin a constaté l'association du tissu cellulaire et du tissu fibro-plastique.

Le 30. Il y a eu des lipothymies, fièvre, délire, état général très-grave. La suppuration des fosses nasales et des conduits auditifs est plus abondante que jamais, il en sort des flots de pus, au moindre effort fait par le malade ; en même temps, l'affaissement augmente, et la mort arrive le 2 janvier.

Autopsie. — On rencontre, dans le sinus latéral gauche, une collection purulente, recouverte d'une couche mince de fibrine, se continuant dans le golfe de la veine jugulaire, et descendant dans celle-ci jusqu'à 3 centim. au-dessous de l'apophyse transverse de l'atlas : ce caillot, formé de fibrine et de pus, est accolé à une des parois du vaisseau, dont il n'occupe que le cinquième du calibre environ. Après avoir fait une coupe antéro-postérieure de la tête, près de la ligne médiane, on tombe sur le sinus sphénoïdal gauche très-dilaté, communiquant largement avec le pharynx et la fosse nasale gauche, la cloison est fortement déjetée à droite et presque accolée à la paroi externe du sinus droit. On reconnaît alors aisément l'insertion du polype se faisant au pourtour de cette large ouverture du sinus sphénoïdal, sur la base de la face interne de l'apophyse ptérygoïde, sur la partie postérieure du cornet moyen et du méat supérieur. Le pédicule est allongé, peu épais, se continue avec le périoste, et porte trois mamelons ou embranchements, dont le plus volumineux était pharyngien et a été enlevé pendant la vie ; un second est logé dans la cavité sphénoïdale, a le volume d'une noix, offre une surface interne ou droite, qui est rugueuse et frangée : c'est le lieu où a été faite la section de la portion pharyngienne, qui avait aussi contracté des rapports avec l'apophyse basilaire. Enfin le troisième embranchement occupe le tiers postérieur de la fosse nasale gauche, dont le cornet et la paroi externe sont déjetés en dehors ; il offre

une adhérence avec la cloison, est un peu aplati latéralement, et peut avoir la grosseur d'un marron.

Ces deux mamelons auraient pu être attaqués avec certitude, et le pédicule complétement détruit. Les membranes du tympan sont perforées, et l'oreille moyenne remplie de pus.

Nous venons d'exposer comment les choses se sont passées sous la main et sous la direction de l'illustre chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, dans le service duquel nous avons eu l'avantage d'être admis comme externe et comme interne. Nous avons été témoin de l'exécution de la nouvelle méthode opératoire, nous avons pu suivre exactement l'état des malades qui l'ont subie, et nous sommes persuadé que la mort survenue chez le second ne peut être rationnellement attribuée à la plaie du palais. L'opération a été faite dans de mauvaises conditions, quand déjà l'économie était sous l'influence d'une fièvre grave, d'une suppuration abondante, bien capable à elle seule d'amener une terminaison fatale, qui a été favorisée, dans le cas actuel, par l'hémorrhagie consécutive, et peut-être par un reste du polype. D'ailleurs il est parfaitement démontré, par le siége et le nombre des insertions de la tumeur, que la ligature ou l'excision, employées comme méthodes simples, eussent complétement échoué.

Il résulte de ce qui a été dit plus haut, que la cure des polypes naso-pharyngiens, considérée au point de vue auquel nous nous sommes placé, emporte avec elle trois idées distinctes, que nous caractériserons volontiers, avec M. Gosselin, de la manière suivante : 1° Une opération préliminaire, en quelque sorte nécessitée par la seconde (c'est la résection partielle de la voûte palatine); 2° une opération directe à l'aide de laquelle on enlève et détruit la tumeur; 3° une opération complémentaire qui doit rétablir les parties lésées dans le meilleur état possible. Or, nous allons essayer, en suivant cette division, d'ajouter quelque chose à ce qui a été dit jusqu'ici; nous proposerons certaines modifications qui nous paraissent fondées, les soumettant du reste à l'appréciation et à la critique des chirurgiens,

Additions et modifications. — 1° *Opération préliminaire.* Nous nous sommes demandé si, tout en conservant la facilité d'agir sur le pédicule du polype, il ne serait pas possible de faire la section du palais, de manière à rendre plus simple et plus facile l'opération complémentaire, et, par cela même, à diminuer les inconvénients consécutifs auxquels le malade est exposé.

Après avoir fait plusieurs expériences sur le cadavre, nous avons cru reconnaître qu'en laissant intacte l'extrémité inférieure du voile du palais, agissant d'ailleurs comme il a été dit, on peut explorer aussi facilement les divers points d'origine des polypes de cette région; et d'un autre côté, l'ouverture, dont les bords sont maintenus relevés, conserve assez d'étendue pour ne pas gêner sensiblement l'action des ciseaux sur le pédicule de la tumeur. S'il en est ainsi, il en résulte un avantage immense pour le malade et pour le chirurgien, car le succès de la staphyloraphie sera assuré; parfois même cette opération, si délicate à pratiquer et si infidèle dans ses résultats, ne sera pas nécessaire, et on n'aura plus à craindre l'étranglement et la gangrène de la luette. Il est reconnu aujourd'hui, en effet, et ce phénomène a été constaté maintes fois après la staphyloraphie, que, si la réunion se maintient au niveau du point de suture inférieur, cela suffit pour assurer la réunion ultérieure et successive des autres points. Le premier malade opéré par M. Nélaton en est un exemple frappant. Il y a plus; s'il n'existe aucune contre-indication par ailleurs, et que l'on cherche à obtenir la réunion peu de temps après l'opération, les portions des lambeaux qui correspondent à la voûte pourront s'accoler l'une à l'autre et fermer complétement l'ouverture artificielle. Dès lors disparaît le principal reproche que l'on peut adresser et que l'on adresse à la méthode de M. Nélaton.

2° *Opération directe.* Il est un principe qui nous paraît avoir une haute importance, lorsqu'il s'agit de l'ablation de la tumeur : c'est de chercher à arriver à la destruction complète de ses racines le

plus promptement possible, afin d'augmenter par là les chances de réussite dans l'opération complémentaire. Ainsi, si le polype se trouvait avoir un pédicule étroit, inséré sur une partie facile à enlever, telle que le vomer, l'extrémité postérieure des cornets..., il serait, préférable d'enlever immédiatement la lamelle osseuse sur laquelle il s'implante, soit à l'aide de l'arrachement, soit par l'excision à l'aide de la pince de Liston; on aurait l'avantage d'éviter les cautérisations et d'être à même de tenter la réunion complémentaire sans crainte de récidive. A plus forte raison, convient-il d'enlever la tumeur toute entière de prime abord, car elle pourrait d'ailleurs donner lieu à des hémorrhagies funestes, augmenter les conditions de suppuration et d'infection purulente.

3° *Opération complémentaire.* Après avoir détruit le mal dans toute son étendue, et avoir mis les jours du malade hors de danger, on a sans doute fait une opération salutaire et fondée; mais le chirurgien doit de plus chercher à réparer et à rétablir les parties dans leur état primitif. Si, au moment où cette opération est jugée praticable, les bords de l'incision n'étaient pas encore cicatrisés, et que la luette eût été respectée, il suffirait très-souvent de maintenir accolés l'un à l'autre l'extrémité antérieure des lambeaux, pour voir la réunion s'opérer. Mais, si la division palatine avait été complète, et que la réunion spontanée (observée quelquefois) n'eût pas eu lieu, il faudrait recourir à des moyens mécaniques capables de l'opérer. Ceux mis en usage le plus souvent, je dirai presque exclusivement, sont des points de suture entrecoupée. Mais ils exposent à deux inconvénients bien connus, qui sont de ne pas serrer suffisamment, dans la crainte de produire un étranglement, ou de produire cet étranglement par suite de la turgescence inflammatoire qui survient, si l'on a serré un peu plus fort. Aussi Dieffenbach et M. Pirogoff, de Saint-Pétersboug, ont-ils pensé à essayer un moyen qui leur permît de faire une constriction graduée; ils ont fait fabriquer à M. Charrière de petits tubes de plomb destinés à remplacer les

fils de chanvre. C'est là ce qui m'a donné l'idée de proposer l'emploi des serres-fines, qui me paraissent, par leur force d'élasticité, capables de maintenir adossés les deux bords de la plaie, et au moment de la tuméfaction inflammatoire, de céder d'une manière suffisante pour éviter l'étranglement. Dans ce but, j'ai modifié ces petits instruments en leur faisant donner des griffes plus longues et presque droites, afin qu'elles puissent s'implanter plus aisément dans le voile du palais, qui, comme on le sait, offre une certaine épaisseur. J'ai également fait fabriquer à M. Charrière une pince *porte-serres-fines*, qui, à l'une de ses extrémités, et à la face interne de chaque branche, est munie d'une gouttière destinée à recevoir les serres-fines, et présente, à l'autre extrémité, un ressort à l'aide duquel on ouvre et ferme l'instrument à volonté et sans désemparer : elle peut servir pour toutes les cavités profondes accessibles au chirurgien. Je ne sais, du reste, quel degré d'importance on doit accorder à ce moyen, qui n'a pas encore été employé sur le vivant : c'est à l'avenir à prononcer.

Enfin je suppose que la réunion du voile du palais soit complète : que devient l'ouverture palatine, et que doit-on faire contre elle ? Si l'on se rappelle les détails donnés sur le malade opéré par M. Nélaton, on trouve que l'ouverture, qui paraissait d'abord très-large, puisqu'elle permettait l'introduction d'un bâton de caustique de Vienne, s'est rétrécie en une année et entièrement abandonnée à elle-même, de manière à ne plus offrir qu'une petite fente linéaire, qui n'apporte plus aucun obstacle à la déglutition. Par conséquent c'est là un inconvénient léger auquel il est possible, du reste, de porter remède, soit à l'aide d'un obturateur, soit par une palatoplastie. Il n'en est pas de cette opération comme de la staphyloraphie; plus on attendra, plus les bords de la boutonnière se rapprocheront, et plus les chances de réussite seront grandes.

Je termine en mentionnant un procédé de palatoplastie que je n'ai trouvé indiqué nulle part, et que j'ai mis en usage, il y a quelques mois, sur un homme des environs de Saint-Brieuc, appelé à

Paris pour affaires, et qu'un préjugé, très-commun dans les campagnes, empêcha d'entrer à l'hôpital. Il portait, au milieu de la voûte palatine, une perforation de nature spécifique, qui laissait pénétrer l'extrémité du petit doigt; elle était d'ailleurs elliptique et assez régulière. Je fis, à l'aide d'un bistouri, de chaque côté de son extrémité antérieure, une incision transversale, de 8 millimètres environ. De son extrémité externe, j'en fis partir une seconde, que je dirigeai presque parallèlement au bord correspondant de l'ouverture, un peu obliquement en dehors cependant, de manière à avoir un lambeau un peu plus large à sa base et mieux nourri; cette incision descendit à 2 millimèttres au-dessous du niveau de la commissure postérieure. La fibre muqueuse ayant été bien divisée jusqu'aux os, le décollement en fut facile, et l'on eut alors deux lambeaux trapézoïdes, tenant au palais exclusivement par leur base qui est postérieure. Ils furent avivés le long de tout leur bord interne, et la fente fut prolongée par une incision médiane postérieure, de 2 millimètres environ, afin d'obtenir plus aisément l'adhérence en ce point. Alors, à l'aide de deux aiguilles courbes, je passai de bas en haut une anse de fil dans l'extrémité antérieure de ces lambeaux, et les deux chefs furent ramenés hors de la bouche. Une sonde à courbure fixe fut introduite dans la fosse nasale, vint faire saille à travers l'ouverture du palais, et fut ramenée en avant; j'attachai les deux chefs du fil, qui vinrent sortir par les fosses nasales et furent fixés solidement à la tête. De cette manière, les deux lambeaux palatins bouchèrent la fente correspondante et se trouvèrent suffisamment en contact. Au bout de six jours, l'anse de fil fut coupée et enlevée, les lambeaux restaient en place, et la guérison s'est ainsi effectuée. Au moment où le malade a quitté Paris, il présentait encore un tout petit orifice qui permettait à peine l'introduction du corps d'une épingle ordinaire.

Le procédé employé dans cette circonstance permet un déplacement plus facile et un moindre tiraillement des lambeaux. Au contraire, quand les deux incisions ont été faites transversalement, et

que le lambeau a sa base externe, c'est beaucoup plutôt un tiraillement qu'un déplacement que l'on obtient; aussi ce procédé me paraît devoir réussir dans le plus grand nombre des cas, si l'on prend soin surtout de placer une serre-fine près de la base des lambeaux. Quant à la possibilité de la chute des serre-fines dans le pharynx, elle ne peut donner lieu à aucun accident sérieux, car il est toujours facile de les munir d'un fil qui viendrait s'attacher hors de la cavité buccale, et en préviendrait ainsi la déglutition.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Physique. — De l'équilibre stable ou instable d'un corps pesant reposant sur un plan, base de sustentation ; application à la station de l'homme.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide phosphorique.

Pharmacie. — De l'action dissolvante du vin sur les plantes et sur leurs parties ; en faire l'application à la préparation des vins médicinaux.

Histoire naturelle. — De l'organisation du pollen ou matière fécondante des végétaux.

Anatomie. — Que doit-on entendre par nerf? De la principale différence des nerfs comparés entre eux ? Qu'est-ce que l'origine des nerfs ?

Physiologie. — Exposer les différentes bases de classification des sécrétions.

Pathologie externe. — Du cancer du périoste et du cancer des os.

Pathologie interne. — Des rapports des maladies aiguës et chroniques du cœur avec les affections dites rhumatismales.

Pathologie générale. — Des signes fournis par les matières expectorées dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des incontinences et des rétentions d'urine.

Accouchements. — Des soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Thérapeutique. — De l'action thérapeutique du baume de copahu.

Médecine opératoire. — De la réunion des plaies.

Médecine légale. — Appréciation de l'état mental dans des cas d'idiotie et d'imbécillité.

Hygiène. — De l'allaitement artificiel.



